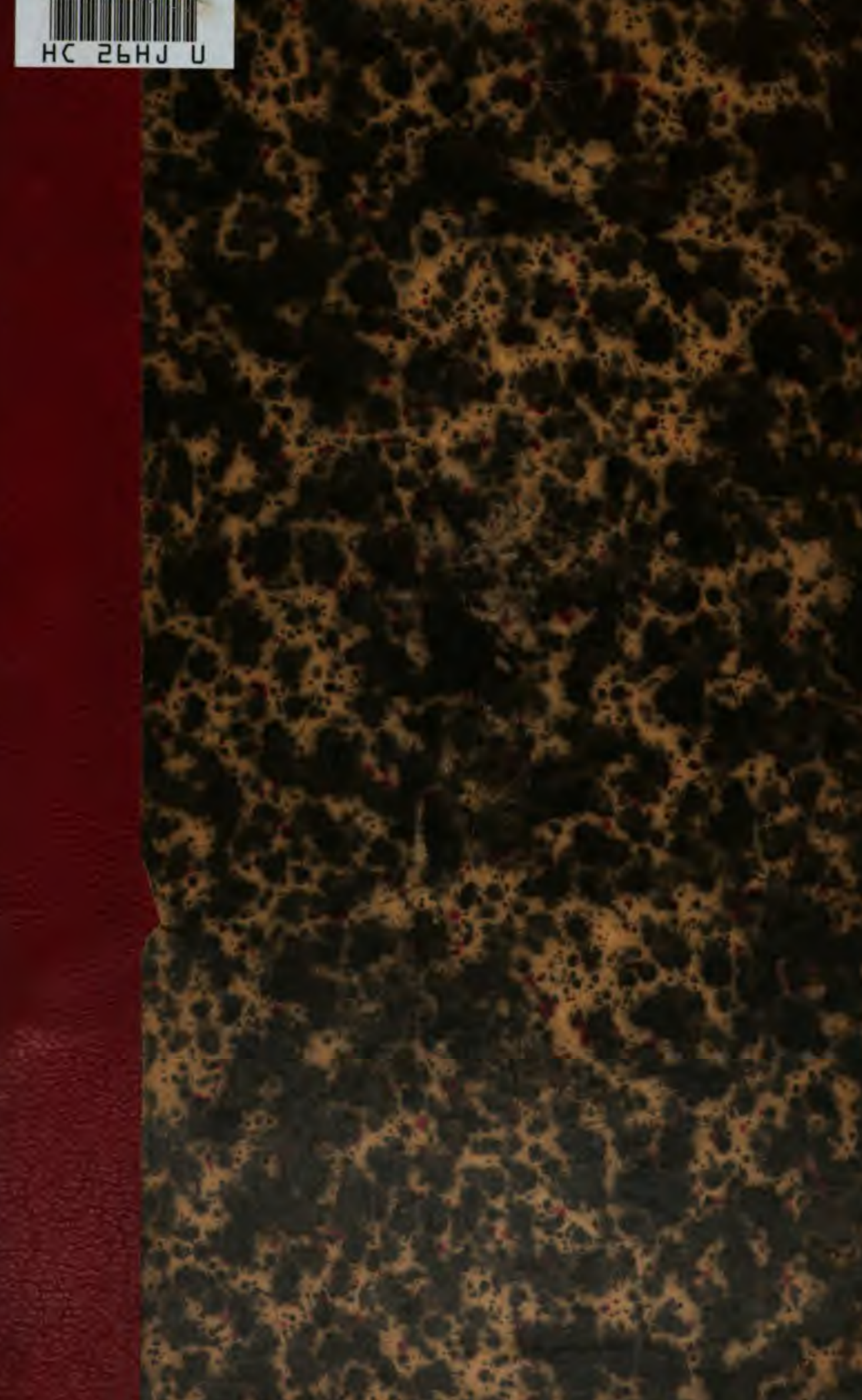
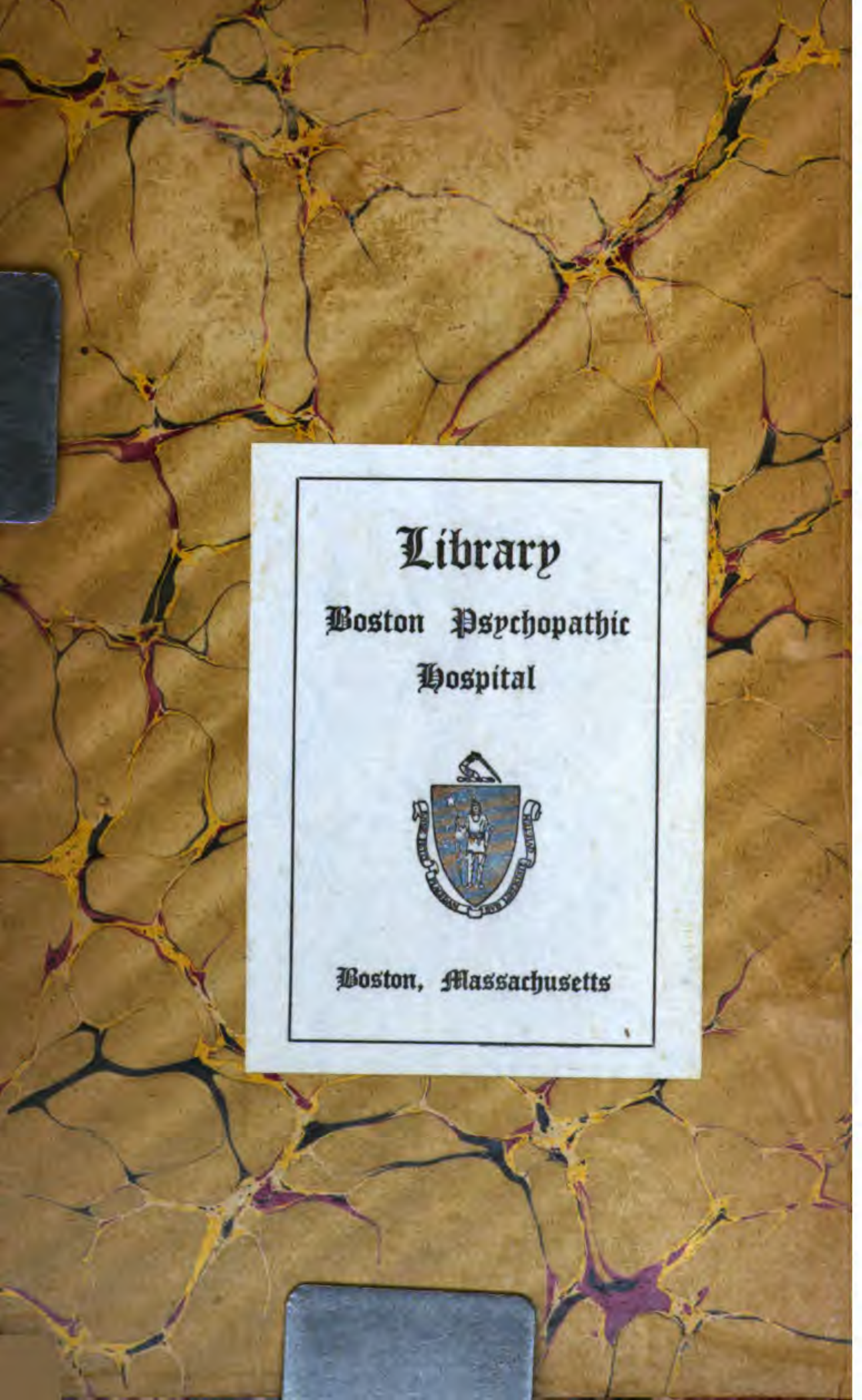

HC 26HJ U





RECHERCHES

SUR LES

MALADIES MENTALES

RECHERCHES

SUR LES

MALADIES MENTALES

PAR

M. BAILLARGER

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MÉDECIN HONORAIRE DE LA SALPÊTRIÈRE

Avec 3 planches.

TOME PREMIER

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, Boulevard Saint-Germain, 120

—

1890



PRÉFACE

Les principaux travaux que j'ai publiés sur les maladies mentales ont été réunis dans cet ouvrage. Ils forment une série de mémoires sur la folie, la paralysie générale et le crétinisme.

Le premier volume est consacré aux vésanies, le second à la paralysie générale et au crétinisme.

J'ai reproduit au commencement du premier volume mes recherches sur la couche corticale des circonvolutions du cerveau. On sait que les altérations anatomiques de cette couche ont surtout été étudiées chez les aliénés et plus spécialement dans la paralysie générale.

On trouvera aussi dans ce premier volume un très long travail sur la physiologie des hallucinations; il en forme seul la troisième partie.

Plusieurs des mémoires sur la paralysie générale, réunis dans le second volume, n'ont pour objet que l'étude de certains points spéciaux, mais il en est d'au-

tres qui, bien que publiés à des intervalles plus ou moins éloignés, tendent cependant à un but commun : la classification et l'interprétation des faits très variés désignés encore aujourd'hui sous la dénomination commune de paralysie générale.

Depuis cinquante ans, les travaux sur cette maladie ont été si nombreux que son cadre, d'abord très restreint, s'est trouvé peu à peu agrandi. On a recueilli beaucoup d'observations nouvelles dont la science a sans nul doute largement profité, mais on doit reconnaître que leur coordination offre encore bien des lacunes.

En présence des graves dissidences qui, dès le début, ont divisé les auteurs, j'ai cru devoir m'appliquer à rechercher les causes de ces dissidences et les moyens de les faire cesser. Je suis bien loin de prétendre que j'y sois parvenu; j'espère néanmoins que mes efforts pour atteindre ce but n'auront pas été inutiles.

Mes recherches sur le crétinisme sont exposées dans la dernière partie du second volume ; elles sont accompagnées de nombreux tableaux statistiques, de plusieurs cartes et de photographies représentant les principaux types du crétinisme (1).

(1) En 1847, j'avais réuni mes premiers travaux sous le titre de « *Recherches sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie du système nerveux* ». Les mémoires que j'ai publiés depuis quarante ans ayant tous pour objet l'étude des maladies mentales, j'ai cru pouvoir changer le titre de cet ouvrage dans lequel l'anatomie n'a plus qu'une place beaucoup plus restreinte.

Je crois devoir reproduire au commencement de cet ouvrage, le discours que j'ai été appelé à prononcer, au nom de l'Académie de médecine, à l'inauguration de la statue d'Esquirol.

C'est un dernier hommage que je suis heureux de rendre à la mémoire du maître dont les conseils et l'appui m'ont été si précieux.

Paris, 1er février 1885.

DISCOURS

PRONONCÉ AU NOM DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

A L'INAUGURATION DE LA STATUE D'ESQUIROL

La statue élevée à Esquirol a été inaugurée dans la cour de la maison impériale de Charenton le 22 novembre 1862. L'Académie de médecine était représentée à cette cérémonie par une commission composée de MM. Bouillaud président; Larrey, vice-président; Béclard, secrétaire annuel; et par MM. Cloquet, Piorry, Falret, Tardieu et Baillarger.

Messieurs, l'Académie de médecine, dont Esquirol était l'un des membres les plus éminents, a déjà rendu à la mémoire de ce médecin célèbre un hommage dont sa famille, ses amis et ses nombreux élèves sont justement fiers.

Jamais Pariset n'a été plus éloquent que le jour où il eut, comme il le dit, le douloureux honneur de prononcer l'éloge de celui qu'il appelait son cher Esquirol (1).

(1) *Mémoires de l'Académie de médecine.* Paris, 1845, t. XI, p. XXXIII. — Pariset, *Histoire des membres de l'Académie de médecine.* Paris, 1850, t. II, p. 424.

Ceux d'entre vous, messieurs, qui ont entendu cet éloge n'en ont point oublié le touchant exorde inspiré par le cœur, et qui produisit tout d'abord une émotion si vive, que la voix de l'orateur fut aussitôt couverte par les applaudissements unanimes de l'assemblée. Après plus de vingt années, il me semble encore que j'assiste à cette séance, où la gloire de mon vénéré maître reçut une si éclatante consécration; que j'entends encore célébrer cette vie si bien remplie, dans laquelle les actes de l'homme de bien se trouvent si intimement unis aux travaux du savant.

Plein de ces souvenirs, je voudrais pouvoir me borner à vous les rappeler; mais, malgré mon insuffisance, j'ai dû accepter comme un devoir de vous entretenir quelques instants des principaux travaux qui ont assuré à Esquirol une place si élevée parmi les médecins de notre époque.

La folie, on le sait, pervertit ou éteint les plus nobles facultés de l'homme, celles qui constituent l'homme lui-même.

Le médecin qui se voue à l'observation des aliénés voit donc, à chaque pas, se poser devant lui les problèmes si difficiles de la science des rapports du physique et du moral, et se trouve ainsi nécessairement conduit vers les études médico-psychologiques. Mais alors, que d'écueils à éviter! et combien n'est-il pas facile de se laisser entraîner loin du champ de l'observation, par des théories séduisantes, mais étrangères à l'art de guérir!

Esquirol a su résister à ces entraînements, et s'il a

signalé les différents systèmes imaginés, comme il le dit, pour expliquer les symptômes de l'aliénation mentale, il a eu bien soin de faire remarquer que la connaissance n'en est pas nécessaire pour la guérison des malades. Il rappelle que nous ignorons la nature de la douleur, ce qui n'empêche pas qu'on ne parvienne souvent à la calmer. Combien de maladies dont la cause nous échappe et que le médecin cependant traite avec succès ! Pourquoi n'en serait-il pas de même pour la folie ?

Ce n'est pas assurément qu'Esquirol prétendît imposer des limites aux recherches : il rappelait seulement le but principal vers lequel elles doivent tendre, celui que la science ne doit jamais perdre de vue.

Peut-être ne sera-t-on point surpris qu'avec de telles opinions, le savant dont nous honorons aujourd'hui la mémoire n'ait pas tenté l'une de ces grandes réformes, souvent plus brillantes que durables. Observateur patient et plein de sagacité, son principal mérite a été de réunir, d'analyser et de classer ces faits nombreux qu'on retrouve à chaque pas dans ses ouvrages. C'est en suivant cette voie si sûre qu'il est parvenu à dissiper de graves confusions et à réaliser dans la science de remarquables progrès.

Je me bornerai à rappeler ici les principaux.

Parmi les symptômes de la folie, il en est un, le plus étrange peut-être, qui donne aux produits de l'imagination toutes les apparences de la réalité : c'est l'*hallucination*.

Les travaux d'Esquirol ont beaucoup contribué à

éclairer l'histoire de ce phénomène, et à lui assigner, dans l'étude de l'aliénation mentale, la place importante qu'il occupe aujourd'hui. C'est lui qui, le premier, a nettement distingué les *hallucinations* des *illusions* des sens. Il a surtout beaucoup mieux observé qu'on ne l'avait fait avant lui les hallucinations de l'ouïe, à peine mentionnées par Pinel, et cependant, de toutes, les plus fréquentes et les plus graves.

Nos asiles renferment une classe de malades qui offrent le spectacle le plus affligeant. Leurs traits relâchés, leur regard éteint, leur physionomie sans expression, permettent de les séparer facilement des autres aliénés, qui se distinguent, au contraire, par l'exaltation des idées et des sentiments. C'est, en effet, l'opposition de la faiblesse et de la force, de l'inertie et de l'activité.

Ces malades, chez lesquels l'intelligence semble éteinte et dont la vie paraît purement automatique, Pinel les a tous et indistinctement désignés sous le nom d'idiots.

Esquirol s'est attaché à l'étude de ces pauvres déshérités, et cette étude, en apparence si ingrate, l'a conduit à une distinction très importante. Il a démontré qu'il était impossible de laisser, confondus dans une même classe, les idiots de naissance et les malades dont l'intelligence ne s'est éteinte qu'après avoir acquis son entier développement. C'est aux premiers cas seulement qu'il réserve le nom d'idiotie; les autres sont rattachés par lui à la démence.

« L'homme en démence, dit-il, est privé des biens

» dont il jouissait autrefois, c'est un riche devenu pau-
» vre; l'idiot a toujours été dans l'infortune et la
» misère. »

Cette simple comparaison indique si bien la différence de l'idiotie et de la démence, qu'il est inutile d'insister sur une distinction que la science a, d'ailleurs, depuis longtemps consacrée.

Les délires partiels constituent l'un des chapitres les plus importants de l'histoire des maladies mentales, et ce chapitre, Esquirol l'a étendu et éclairé de la plus vive lumière. On sait que c'est lui qui a créé et fait accepter dans la science le mot de *monomanie*. On sait aussi quel retentissement ses opinions sur cette maladie ont eu devant les tribunaux.

Je craindrais, en pénétrant dans ce sujet si vaste, de me laisser entraîner trop loin. Permettez-moi seulement, à l'occasion de la *monomanie homicide*, de rappeler un fait qui, à mes yeux, honore autant Esquirol que les plus belles pages qu'il a écrites.

Pinel professait qu'il existe des manies sans délire, que certains malades commettent des meurtres sans y être poussés par une passion, par des conceptions délirantes ou des hallucinations; qu'ils tuent sans motifs, entraînés par une impulsion aveugle et irrésistible.

Esquirol s'était élevé contre cette opinion et l'avait combattue par des arguments de nature à jeter au moins du doute sur la doctrine de son maître.

Dix ans plus tard, éclairé par l'expérience, il proclame l'erreur dans laquelle il était tombé; il déclare,

sans aucune réticence, qu'il a observé des folies sans délire et qu'il a dû se soumettre à l'autorité des faits.

Quoi de plus honorable qu'un pareil aveu, dont la simplicité rehausse encore le mérite? Ceux que la passion aveugle, ou qui cessent d'observer, refusent quelquefois de modifier leurs opinions. Esquirol, messieurs, ne portait dans ses études d'autre passion que celle de la vérité, et sa vie tout entière a été consacrée à l'observation.

La pathologie des maladies mentales a vu surgir, au commencement de ce siècle, une découverte qui constitue le plus grand progrès qu'elle ait accompli jusqu'ici : je veux parler de la *paralysie générale*, dont les victimes encombrent aujourd'hui nos asiles et que les prédécesseurs d'Esquirol n'avaient point observée.

C'est à lui que revient l'honneur d'avoir, le premier, appelé l'attention sur cette maladie si grave, qui frappe l'homme dans la force de l'âge, pour le faire passer par la plus lente et la plus affreuse dégradation; c'est lui qui, dans ses leçons cliniques, dans sa pratique, signalait chaque jour ces symptômes si légers, avant-coureurs des plus graves accidents. Combien de fois n'a-t-il pas étonné de célèbres praticiens, en annonçant avec assurance l'incurabilité absolue d'un malade jeune et plein de force, et qui, pour des yeux moins expérimentés, semblait réunir tant de chances de guérison!

Sans doute, l'histoire de la paralysie générale s'est fort agrandie depuis Esquirol, peut-être même sa manière d'envisager cette maladie ne compte-t-elle plus

aujourd'hui que de rares partisans; il ne lui en reste pas moins le mérite d'avoir ouvert cette voie nouvelle et qui, depuis, a été si féconde.

Si je n'avais dû m'imposer ici des limites, il me resterait à passer en revue beaucoup d'autres travaux d'Esquirol, ceux surtout qu'il a consacrés à l'épilepsie et au suicide; — à vous citer beaucoup d'excellents mémoires disséminés dans divers recueils, et spécialement dans les *Annales d'hygiène et de médecine légale*, dont il fut l'un des fondateurs; — à vous parler de l'impulsion qu'il a donnée aux études statistiques, et de la part si large qu'il a prise à la réforme des établissements d'aliénés. Le mémoire adressé par lui au ministre de l'intérieur dès 1818, des notices réunies sur un grand nombre d'établissements, enfin le plan d'un asile modèle qu'il a publié, suffisent pour prouver combien cette réforme occupait sa pensée.

Les principaux travaux d'Esquirol ont été réunis en deux volumes et forment son *Traité des maladies mentales*, si riche d'observations et l'un des ouvrages dont s'honore le plus la médecine française.

Esquirol n'a pas seulement beaucoup écrit : il a été un praticien d'une grande habileté et d'une remarquable sûreté de jugement. Personne mieux que lui, ne savait prendre sur les malades une influence rapide et sûre; personne n'avait au plus haut degré, le talent de s'emparer de leur confiance.

S'il a concouru aux progrès de la science par ses propres travaux, Esquirol l'a encore servie par l'activité féconde qu'il savait entretenir parmi ses élèves. Il

leur indiquait des sujets de recherches, les aidait de ses conseils, les soutenait contre les difficultés.

Il avait fondé un prix qu'il accordait chaque année, à l'auteur du meilleur mémoire sur les maladies mentales. Parmi les lauréats on peut citer, entre beaucoup d'autres, les noms de Georget et de Bouchet, de MM. Foville, Falret et Voisin, et enfin celui de M. Calmeil, le savant médecin en chef de cette maison.

Le prix créé par Esquirol a été rétabli, il y a dix ans, par M. Mitivié, qui a voulu ainsi s'associer à la généreuse pensée de son oncle. Ce prix porte le nom de son premier fondateur.

Peut-être, malgré tant de conditions de succès, Esquirol ne fût-il pas devenu le chef d'une si nombreuse école, s'il n'eût trouvé un dernier et puissant auxiliaire dans l'attachement qu'il inspirait à tous ses élèves. Plein pour eux d'une sollicitude toute paternelle, on le voyait s'occuper de leur avenir et rechercher avec empressement les occasions de leur être utile. De là ces liens nouveaux qui resserraient ceux que la science avait déjà formés.

C'est ainsi qu'Esquirol, par ses travaux, par son enseignement, le premier qui ait été fait en France sur les maladies mentales, — par ses succès dans la pratique, est arrivé à conquérir l'une des plus grandes réputations médicales de notre époque.

L'honneur si mérité et si éclatant rendu aujourd'hui à sa mémoire sera vivement ressenti par sa famille, ses élèves, et par tous les médecins auxquels il a légué, dans la carrière qu'il a illustrée, de si beaux exemples

à suivre. Noble privilège de certaines existences de rayonner ainsi sur tout ce qui les entoure !

C'est à Charenton, sur ce théâtre de ses travaux et de sa gloire, c'est au milieu des malades qu'il entourait de tant de soins, que devait s'élever la statue d'Esquirol. C'est ici, messieurs, que sera désormais sa nouvelle patrie.

Applaudissons donc à la pieuse pensée qui a présidé à l'érection de ce monument, destiné à perpétuer dans cet asile le souvenir de l'homme de bien dont la modestie égalait le talent et qui consacra toute sa vie à la science et à l'humanité !

PREMIÈRE PARTIE

I

RECHERCHES

SUR LA

STRUCTURE DE LA COUCHE CORTICALE

DES CIRCONVOLUTIONS DU CERVEAU

(AVEC DEUX PLANCHES)

1840

On sait que les circonvolutions du cerveau sont formées par des prolongements de la substance blanche centrale, revêtus d'une couche de substance grise, d'une ligne et demie environ d'épaisseur.

Cette couche, qui constitue, quant à la masse, les trois quarts au moins de chaque circonvolution, est évidemment ici la partie principale. Les prolongements de la substance blanche ne paraissent, en effet, destinés qu'à accroître son étendue en la forçant à se replier.

Tout ce que Gall et d'autres physiologistes ont dit des fonctions si élevées des circonvolutions doit donc surtout s'appliquer à la substance grise extérieure.

Les altérations pathologiques de cette partie du cerveau ont été recherchées et décrites avec un soin extrême dans le délire aigu, la folie, la paralysie générale des aliénés; et c'est par ces altérations qu'on a plus particulièrement essayé d'expliquer les désordres de l'intelligence.

La couche corticale, sous le double rapport de la physiologie et de l'anatomie pathologique, a donc déjà fixé à un très haut degré l'attention.

La structure normale de la substance grise périphérique n'a pas été à beaucoup près autant étudiée que ses altérations. Cependant, dès le début de mes recherches, j'ai pu me convaincre qu'on avait à tort négligé cette étude. Bientôt même il m'a été démontré que cette substance offrait dans son organisation intime un degré de complication plus grand qu'aucune autre partie du cerveau, et ce travail mettra, je crois, ce fait hors de doute.

ARTICLE PREMIER.

DE LA DIVISION DE LA SUBSTANCE GRISE CORTICALE EN PLUSIEURS COUCHES.

La substance grise des circonvolutions est-elle formée d'une seule ou de plusieurs couches?

La plupart des anatomistes ont gardé le silence sur ce point. Ceux qui en ont parlé ont émis des opinions très différentes.

Vicq-d'Azyr, le premier, a démontré que la substance grise des circonvolutions des lobes postérieurs est interrompue dans son épaisseur par un trait blanc linéaire, ce qui, dit-il, donne à cette portion de la substance grise l'apparence d'un ruban rayé. (Pl. I, fig. 1.)

Je n'ai pas besoin de faire remarquer que ce trait blanc linéaire, apparaissant dans une coupe verticale, est une couche très mince de substance blanche, interposée dans l'épaisseur de la substance grise, et qui isole la partie interne de la partie externe; d'où résultent évidemment trois couches. (Pl. I, fig. 1.)

Cette disposition, vue par Vicq-d'Azyr dans les lobes postérieurs seulement, a été signalée par Meckel dans la corne d'Ammon. Ce dernier auteur déclare n'avoir pu la rencontrer ailleurs, et pour lui la couche corticale est presque partout simple.

M. Cazauvieilh a été plus loin que Vicq-d'Azyr et Meckel. Il a cru reconnaître que la substance grise extérieure du cerveau était, dans toute l'étendue des circonvolutions, divisée en trois couches : la plus interne d'un gris de plomb, la moyenne d'un blanc sale, et la plus superficielle d'un gris blanchâtre.

Cette division de la substance grise corticale en trois couches, qui peut-être n'avait pas été suffisamment démontrée, n'a pas été depuis généralement admise.

Ainsi, M. Parchappe, à l'exemple d'Ollivier d'Angers, n'a plus reconnu que deux plans.

On a même avancé que ces différentes couches n'étaient qu'un résultat pathologique. Un auteur a prétendu que la substance corticale des circonvolutions était simple dans l'état normal, mais qu'on pouvait, par suite d'une altération propre à la manie, distinguer trois couches : une interne grise, une moyenne d'un rouge vif, une externe blanchâtre.

Tel est sur ce point l'état de la science. Outre que nous n'avons à signaler aucun travail spécial, mais seulement des passages épars çà et là, on voit que la plus complète dissidence règne entre les anatomistes.

Les uns n'admettent qu'une seule couche dans la substance grise corticale.

D'autres en ont vu deux.

Quelques-uns en reconnaissent trois, mais seulement dans les lobes postérieurs et dans la corne d'Ammon.

M. Cazauvieilh en a décrit trois dans toute l'étendue des circonvolutions.

Enfin on a regardé ces différentes couches comme un résultat pathologique.

Les recherches auxquelles je me suis livré m'ont fait reconnaître, dans la substance grise corticale des circonvolutions du cerveau, *six couches* ainsi disposées.

La première, en allant de dedans en dehors, est *grise*, la seconde *blanche*. la troisième *grise*, la quatrième *blanche*, la cinquième *grise* et la sixième *blanchâtre*. (Pl. I, fig. 6, moitié gauche.)

Ces six couches, alternativement grises et blanches, qui rappellent la disposition d'une pile galvanique, se voient bien à l'œil nu dans beaucoup de points ; mais on peut les démontrer d'une manière très évidente par le procédé suivant, fondé sur la propriété que possède la substance grise de se laisser traverser par la lumière, tandis que la substance blanche est opaque.

J'enlève par une coupe verticale une couche très mince de substance grise corticale ; je la place entre deux lames de verre que je réunis avec de la cire pour empêcher tout mouvement ; j'expose ensuite la pièce à la lumière d'une lampe, et je l'examine par transparence.

Si la substance grise est homogène et simple, elle se laissera entièrement traverser par la lumière ; s'il y a dans son épaisseur une ou plusieurs lames blanches, on les reconnaîtra à leur opacité.

Or voici ce qu'on observe :

On compte six couches en allant de dedans en dehors.

La première est *transparente*, la deuxième *opaque*, la troisième *transparente*, la quatrième *opaque*, la cinquième *transparente* et la sixième *opaque* ou demi-opaque. (Pl. I, fig. 6, moitié droite.)

Si on cesse d'examiner la pièce par transparence, on voit que les couches opaques (2e, 4e et 6e) sont blanches, que les trois autres (1re, 3e et 5e) sont grises. (Pl. I, fig. 6.)

La substance corticale des circonvolutions du cerveau est donc formée de six couches, alternativement grises et blanches, en allant de dedans en dehors, ce qui, pour rappeler la comparaison de Vicq-d'Azyr, la fait ressembler à un ruban gris avec trois raies blanches.

Le procédé que je viens d'indiquer ne sert pas seulement à confirmer ce que l'inspection simple de la couche corticale peut déjà démontrer. Il est des cas où c'est le seul moyen de reconnaître la structure de cette partie.

Ainsi, dans le cerveau des jeunes enfants, la substance grise des circonvolutions paraît d'abord tout à fait homogène lors même qu'on l'examine à la loupe. (Pl. II, fig. 4.) Mais si on l'étudie, comme je l'ai dit, on y découvre les six couches alternativement transparentes et opaques, dont il eût été impossible autrement de soupçonner l'existence. (Pl. II, fig. 5.)

Sans insister sur toutes les variétés que peut présenter cette organisation de la couche corticale, j'en signalerai cependant plusieurs qui peuvent servir à expliquer certaines opinions émises par les auteurs.

1° Les deux lames blanches intermédiaires (2e et 4e couches, pl. I, fig, 6, moitié gauche) sont souvent très rapprochées l'une de l'autre, de sorte que la substance grise qui les isole (3e couche) est très mince, ou ne peut même plus être aperçue que d'espace en espace. Les deux lames blan-

ches ne semblent plus alors en former qu'une seule, ce qui explique la disposition vue par M. Cazauvieilh. (Pl. I, fig. 8.)

2° Quelquefois ces deux couches sont très rapprochées de la substance blanche. La substance grise qui les sépare (1re couche) a presque disparu. Cette disposition existe rarement seule, et se voit fréquemment jointe à la précédente. Les quatre premières couches ne semblent plus alors en former qu'une seule plus épaisse, constituant le plan interne de la substance grise. Si on examine par transparence, on reconnaît souvent des vestiges de la première et de la troisième couche atrophiées. (Pl. I, fig. 9.)

On comprend dès lors pourquoi Gennari et d'autres auteurs ont placé la substance jaune entre la substance blanche centrale et la couche corticale, et non dans l'épaisseur même de celle-ci. Je reviendrai d'ailleurs plus loin sur ce point.

3° La ligne blanche décrite par Vicq-d'Azir, et qui divise la substance grise des lobes postérieurs, est très apparente et semble simple. On pourra cependant, avec plus d'attention, se convaincre qu'au-dessus ou au-dessous de cette ligne blanche principale il en existe une seconde très petite et à peine visible : c'est ce qu'on reconnaîtra parfaitement en étudiant la pièce par transparence. (Pl. I, fig. 10.)

Je ferai remarquer que la substance grise de la corne d'Ammon est stratifiée comme celle des circonvolutions. C'est une preuve de plus que cette partie est elle-même, comme on l'a dit avec raison, une circonvolution interne.

J'ai vu les six couches de la substance grise corticale dans plus de trente cerveaux, pris au hasard, appartenant à des sujets d'âges très différents, et qui avaient succombé

à des maladies très variées. Je dois donc regarder leur existence à l'état normal comme constante.

J'ai retrouvé la même organisation dans le cerveau de plusieurs mammifères, et entre autres dans celui du mouton, où elle est toujours très visible sur les circonvolutions médianes qui surmontent le corps calleux. Il suffit de faire à la partie moyenne de ce cerveau une coupe verticale pour apercevoir très nettement les six couches alternativement grises et blanches. (Pl. I, fig. 4.)

J'ai fait aussi dessiner la coupe verticale d'une circonvolution du cerveau du cheval (Pl. I, fig. 11), de celui du chien (Pl, II, fig. 1), du chat (Pl. II, fig. 2), du porc. (Pl. I, fig. 7.)

Les préparations ont, dans tous les cas, été faites avec des cerveaux frais ; il n'y a point eu de mode spécial de dissection auquel on puisse attribuer les résultats obtenus ; je pense donc qu'il n'a pu se glisser aucune cause d'erreur.

La couche corticale des circonvolutions du cerveau offre donc bien réellement la singulière stratification que nous venons de faire connaître.

ARTICLE II.

DU MODE D'UNION DE LA SUBSTANCE BLANCHE CENTRALE ET DE LA COUCHE CORTICALE DES CIRCONVOLUTIONS.

Plusieurs anatomistes ont admis que la couche corticale des circonvolutions n'était que juxtaposée à la substance blanche.

« Toute la substance corticale, dit Reil, n'est qu'appli-
« quée à la surface de la médullaire ; elle s'en sépare

« net, et n'a par conséquent point de connexions immé-
« diates avec elle. »

Tiedeman, à l'ouvrage duquel j'emprunte cette citation, semble, ainsi que plusieurs autres anatomistes, partager l'opinion de Reil.

Ruisch, par exemple, dit avoir enlevé sur le cerveau d'un enfant toute la couche corticale sans intéresser la substance blanche.

D'autres auteurs pensent, avec Gall, que cette dernière, comme l'avait déjà indiqué Stenon, envoie des fibres dans la substance corticale ; mais cela n'était point suffisamment démontré, et il suffit pour s'en convaincre de se rappeler le moyen qu'employait Gall pour faire cette démonstration.

En examinant une couche très mince de substance grise par le procédé dont j'ai parlé, on reconnaît facilement l'existence d'un grand nombre de fibres coniques à grosse extrémité tournée en bas, et qui pénètrent de la substance blanche centrale dans la couche corticale. (Pl. II, fig. 8.)

Ces fibres, très longues et très nombreuses au sommet des circonvolutions, deviennent d'ailleurs de plus en plus rares et courtes à mesure qu'on descend vers le fond des anfractuosités, où elles semblent même cesser presque complétement dans certains cerveaux, celui du mouton, par exemple. Ce fait s'explique par la direction de ces fibres, qui, verticales à la partie moyenne, deviennent de plus en plus obliques pour se trouver transversales au dessous de l'anfractuosité, et de là passer à la circonvolution voisine.

Il est certain que dans le cerveau du mouton, et à l'état frais, on peut, dans le fond des anfractuosités, séparer l'une de l'autre les deux substances sans aucune rupture, les surfaces disjointes restant parfaitement lisses.

Aussi la limite des deux substances est-elle bien plus nette dans le fond des anfractuosités qu'au sommet des circonvolutions, où semble exister une sorte de fusion.

En résumé la substance blanche, au sommet des circonvolutions, est intimement unie à la substance grise par un grand nombre de fibres.

La simple juxtaposition de ces deux substances n'est donc point admissible.

Au fond des anfractuosités, les fibres envoyées par la substance blanche dans la couche corticale sont tellement courtes et rares, qu'on peut, dans certains cerveaux, opérer la séparation sans rupture, au moins apparente, ce qui n'est jamais possible au sommet des circonvolutions.

ARTICLE III.

DE LA STRUCTURE DES LAMES BLANCHES INTERMÉDIAIRES.

J'ai établi qu'il existe dans l'épaisseur de la couche corticale deux lames blanches. (Pl. I, fig. 6, moitié gauche.)

Quelle est la structure de ces lames?

Aucun anatomiste n'a rien dit à cet égard.

En examinant, par transparence, une couche très mince de substance grise, j'ai reconnu que les deux lames blanches sont formées par deux rangées de fibres verticales. (Pl. II, fig. 8.)

Parmi ces fibres, il en est beaucoup, surtout au sommet des circonvolutions, qui sont évidemment continues à celles de la substance blanche centrale.

Voici la marche que suivent ces dernières. (Pl. II, fig. 8.)

Après être sorties de la substance blanche médullaire, elles traversent en s'amincissant la première couche, qui

est grise et transparente. Elles se renflent en arrivant à la deuxième couche blanche et opaque; puis elles diminuent de nouveau dans la troisième couche grise pour se renfler une seconde fois dans la quatrième qui est blanche. (Pl. II, fig. 8.)

Dans le cerveau du porc, qui est le plus propre à cette étude, on peut apercevoir très bien quelques fibres amincies dans les couches grises et transparentes, renflées dans les couches blanches et opaques. Mais on est loin de suivre aussi nettement le plus grand nombre des fibres. La plupart, après être sorties de la substance blanche centrale, semblent finir en pointe dans la première couche grise. On ne voit plus leur continuité avec celles des lames blanches intermédiaires, qui n'en sont d'ailleurs ni moins nombreuses ni moins apparentes.

Je n'oserais donc affirmer que toutes les fibres des lames blanches sont la continuité de celles venues de la substance médullaire. Cela me semble surtout difficile à admettre dans le fond des anfractuosités, où ces dernières sont à peine visibles.

Il serait donc possible que les lames blanches intermédiaires eussent des fibres propres, indépendantes de la substance blanche centrale.

Ce qui tendrait encore à le faire croire, c'est que ces fibres des lames blanches, comme je le montrerai plus loin, sont, sinon formées, au moins apparentes avant celles qu'envoie la substance blanche centrale. Cette opinion serait surtout confirmée par la particularité curieuse que m'a offerte la couche corticale du cerveau du lapin. Il existe, en effet, dans ce cerveau un nouvel ordre de fibres transversales, croisées à angle droit avec les précédentes, et formant ainsi avec elles une sorte de damier.

Ces fibres, dont personne n'avait encore parlé, se voient

de la manière la plus évidente au microscope avec un faible grossissement. (Pl. II, fig. 10.)

J'en avais déjà reconnu des vestiges dans celui du chien. (Pl. II, fig. 9.)

Je n'ai jamais pu les apercevoir, au moins d'une manière bien distincte, dans le cerveau de l'homme.

ARTICLE IV.

DE LA COUCHE LA PLUS SUPERFICIELLE DE LA SUBSTANCE GRISE CORTICALE.

D'après Sœmmerring, il existe à la surface du cervelet une couche très mince qui, dit-il, peut évidemment être isolée du reste de la substanee grise (*undique evidenter solvi potest*).

Une couche semblable existe-t-elle sur le cerveau ?

Ce qu'on observe dans la paralysie générale des aliénés pourrait le faire supposer.

Dans cette maladie, en effet, les membranes adhérentes aux circonvolutions entraînent souvent avec elles une couche très mince de substance cérébrale d'une épaisseur uniforme, et qui laisse à découvert une surface parfois lisse et polie.

M. Foville a recherché cette couche dans l'état normal chez l'homme, et ne l'a pas trouvée.

Il l'a vue, au contraire, chez certains animaux.

Pour l'isoler, il fallait un moyen mécanique qui pût remplacer l'adhérence des membranes si fréquente dans la paralysie générale des aliénés.

Une remarque que j'ai faite par hasard m'a fourni ce moyen.

J'ai vu qu'en mettant dans du linge un cerveau dépouillé de ses membranes, il restait quelquefois çà et là, par plaques sur ce linge, une couche de substance cérébrale. Ces plaques détachées dans l'eau avec précaution flottent en lambeaux membraneux. D'après cela, j'emploie le procédé suivant :

Je coupe une circonvolution dont les membranes ont été enlevées, et je l'étends sur un linge en la déplissant. Je la soumets à une légère pression, et je place ensuite le tout dans l'eau. Je racle le linge, en séparant la pièce, de manière à laisser à la surface de la circonvolution la petite membrane, si elle est détachée. Quand on réussit, ce qui n'arrive pas constamment, on voit la couche membraneuse soulevée par l'eau, et tenant encore à la circonvolution qui, malgré cette décortication, est restée lisse et polie. (Pl. II, fig. 11.)

Il arrive parfois que la membrane, quoique détachée, ne flotte pas; elle est alors comme plissée à la surface de la circonvolution. Il suffit ensuite d'inciser ces plis pour la soulever assez facilement.

D'après une observation qu'a bien voulu me communiquer M. le docteur d'Obigny, il semble que cette espèce de couche membraneuse peut, chez les enfants, dans certains cas pathologiques, être isolée du reste de la substance grise par de la sérosité.

ARTICLE V.

De la couleur du cerveau et de la nature de la couche qui forme sa surface.

Le nom de *corticale*, donnée à la substance grise, prouve qu'on l'a regardée comme formant la surface du cerveau. Cependant la couleur des hémisphères cérébraux est loin d'être aussi foncée que celle de la substance grise intérieure, et cette remarque a déjà été faite par plusieurs anatomistes.

La substance grise, dit Malacarne, est plus pâle à la surface du cerveau qu'un peu au-dessous. Il attribue cette différence à un suc blanchâtre particulier.

Des trois couches admises par M. Cazauvieilh dans l'état normal, l'interne est grise et l'externe blanchâtre. Ainsi cet observateur a bien vu la teinte plus pâle de la surface du cerveau.

La différence de couleur de la couche superficielle et de la substance grise sous-jacente devient plus apparente encore si l'on en met une lame mince entre deux verres.

D'après les frères Wenzel, le cerveau des enfants est plus blanc que celui des adultes; il en est de même, en général, du cerveau des vieillards.

Dans le fœtus, les hémisphères sont presque tout à fait blancs.

Le cerveau des aliénés présente souvent une teinte blanche très prononcée qui a été indiquée par plusieurs anatomo-pathologistes : « Quand on détache les mem- » branes du cerveau des aliénés, dit M. Parchappe, on est » frappé de la blancheur *éclatante* de la surface cérébrale. »

M. Foville avait déjà signalé cette décoloration, qui, du reste, n'est pas propre à l'aliénation mentale.

Le cerveau de certains animaux offre également une teinte blanche assez tranchée : tel est celui du porc, par exemple.

Enfin il y a une circonvolution, celle de l'hippocampe, dont la surface est formée par une couche de substance blanche, comme l'a démontré M. Lélut.

Il y a d'ailleurs cela de remarquable, que cette couche extérieure, dans certains cas, conserve sa couleur, malgré la rougeur pathologique de la substance grise sous-jacente; peut-être même prend-elle alors une teinte plus blanche. M. Lélut a vu une sorte de gangrène *blanche* de la couche la plus superficielle du cerveau, surtout lorsque cette couche adhère à la pie-mère qui entraîne avec elle des lambeaux membraneux plus ou moins larges.

Ainsi l'anatomie pathologique, d'accord avec l'anatomie normale, établit une ligne de démarcation entre cette couche extérieure et la substance sous-jacente.

Il est un autre caractère qui distingue la couche très mince qui forme la surface du cerveau, c'est son opacité opposée à la transparence de la substance grise. Cette opacité est toujours plus prononcée dans le fond des anfractuosités; elle se rencontre surtout chez les enfants; on la trouve aussi chez quelques animaux.

Enfin, dans le cerveau du lapin, non seulement la couche extérieure est blanchâtre et opaque, mais j'ai pu dans quelques points y distinguer des fibres à l'aide du microscope.

En résumé, il existe, tout à fait à la surface du cerveau, une couche très mince, susceptible, dans certains cas, d'être isolée, et qui diffère de la substance grise sous-jacente :

1° Par une teinte blanchâtre, plus tranchée chez les enfants, chez les vieillards, chez les aliénés, chez certains animaux, et sur la circonvolution de l'hippocampe ;

2° Quelquefois par son opacité, ou même par l'existence dans son épaisseur de fibres distinctes.

Cette couche, qui semble en partie formée par un suc blanchâtre comme muqueux (*sugo biancastro*, Malacarne), conserve sa couleur dans les cas pathologiques où la substance grise est devenue très rouge.

De tout cela je conclus que la surface du cerveau n'est pas formée par de la substance grise, mais qu'elle se rapproche beaucoup plus, dans certains cas surtout, de la substance blanche.

La substance grise ne mérite donc pas rigoureusement le nom de corticale.

ARTICLE VI.

SUBSTANCE JAUNE

Gennari a décrit, sous le titre de troisième substance du cerveau, une substance nouvelle d'une couleur blanchâtre, formant une couche mince entre la substance corticale et la substance blanche centrale. Dans les coupes du cerveau, cette couche apparaît comme une ligne (*cujusdam lineæ instar se prodit*). J'ai donné la copie d'une partie de la figure qui représente cette disposition dans l'ouvrage de Gennari. (Pl. 1, fig. 3.)

Dans une note, cet auteur ajoute avoir vu quelquefois cette troisième substance du cerveau séparée en deux lamelles. L'une située dans l'épaisseur même de la substance grise corticale, et l'autre entre les deux

substances. La figure 2 de la planche I, copiée aussi dans l'ouvrage de Gennari, reproduit ces deux lignes.

Si l'existence d'une double ligne blanche n'eût pas été pour cet anatomiste une disposition exceptionnele, on comprend comment il eût pu arriver au même résultat que M. Cazauvieilh, c'est-à-dire à la division de la substance corticale en trois couches, par suite de l'interposition d'une lame blanche dans son épaisseur; mais il n'a rien dit de cette division, et ne paraît pas même l'avoir remarquée.

Sœmmerring a décrit sous le nom de substance intermédiaire, la ligne d'un blanc jaunâtre placée au milieu de la couche corticale des lobes postérieurs.

Plus récemment, d'autres anatomistes ont admis une substance jaune, formant une lame mince entre les deux substances, et qui est évidemment la même que celle découverte par Gennari.

M. Cazauvieilh a distingué dans le cerveau cette substance jaune de la ligne blanchâtre qu'il a indiquée dans l'épaisseur même de la couche corticale.

Rolando, en parlant de la substance jaune du cervelet, fait remarquer qu'il ne faut pas la confondre avec la substance particulière, signalée par Gennari dans le cerveau et à la même place.

Enfin, on lit dans Vicq-d'Azyr le passage suivant : « Entre la substance cendrée que l'on trouve dans les circonvolutions extérieures et les premières couches de substance blanche, j'ai quelquefois remarqué une lame très mince dont la couleur différait beaucoup de celle des deux substances précédentes. Tantôt elle était d'un blanc plus *mat*, tantôt d'une couleur un peu *jaunâtre*, quelquefois d'une demi-transparence comme celle de la corne. »

Comment concilier toutes ces assertions des auteurs?

La troisième substance de Gennari ne forme-t-elle en général qu'une ligne?

En forme-t-elle quelquefois deux?

Où est-elle située?

Est-elle différente de la substance jaune du cervelet, de la ligne blanchâtre vue dans la couche corticale par M. Cazauvieilh?

Enfin quelle est cette lame d'aspect et de nature si variable, tantôt jaunâtre et mate, tantôt transparente comme la corne, décrite par Vicq-d'Azyr?

Cette divergence d'opinions tient évidemment à ce qu'on a méconnu la disposition générale indiquée dans ce travail, et les variétés qu'elle présente. La solution de ces questions peut en effet se déduire facilement de tout ce qui précède.

Il existe, comme on l'a vu, dans l'épaisseur de la couche corticale deux lames blanches intermédiaires, dont la première ou la plus interne est séparée de la substance blanche centrale par une couche de substance grise. (1re couche. Pl. I, fig. 6, moitié gauche.)

Mais cette dernière, parfois très épaisse, relativement aux autres, peut s'atrophier, ou même presque disparaître. On ne la voit plus que d'espace en espace, même en examinant la pièce par transparence. (Pl. I, fig. 9.)

Il en résulte que la première ligne blanche intermédiaire (2e couche), au lieu d'être évidemment séparée de la substance blanche centrale, semble, au contraire, se confondre avec elle. Alors il ne reste plus en apparence qu'une lame blanche dans l'épaisseur même de la couche corticale. (Pl. I, fig. 2).

C'est la disposition vue comme exceptionnelle par Gennari. (Pl. I, fig. 2.)

Ce fait explique aussi comment M. Cazauvieilh a admis

une couche jaune, située entre les deux substances, et, de plus, une lame blanche intermédiaire.

Enfin Vicq-d'Azir a pu voir dans ce cas une lame jaunâtre et mate, en contact avec la substance blanche; lorsqu'au contraire, la première couche grise existait, il trouvait à la même place une substance demi-transparente comme la corne.

Ainsi l'atrophie de la première couche grise explique toutes ces assertions.

Mais le plus souvent cette première couche n'est pas seule atrophiée; la troisième, formée comme elle de substance grise, et qui sépare les deux lames blanches intermédiaires, peut l'être également.

Alors voici ce qui arrive :

Les deux lames blanches intermédiaires, n'étant plus isolées par la substance grise, semblent se toucher, et ne plus former qu'une seule couche. Cette couche unique, plus large, et constituant une sorte de plan interne, paraît en outre se confondre avec la substance blanche centrale. (Pl. I, fig. 9.)

Ce plan interne est donc alors en réalité composé des quatre premières couches, et, en examinant la pièce par transparence, on reconnaît encore des vestiges des couches grises. (Pl. I, fig. 9).

Ainsi ce n'est pas là une disposition nouvelle, différente de celle que j'ai indiquée, mais seulement une variété, une sorte d'altération de l'état normal.

Cette couche, d'un blanc jaunâtre unique en apparence, placée entre la substance blanche centrale et la substance grise corticale, n'est autre que la troisième substance de Gennari (pl. I, fig. 3), que la substance jaune des auteurs.

Dans le cerveau du chat, cette disposition est très apparente et presque générale. On ne voit dans la substance

corticale que deux plans, l'un interne et jaunâtre, l'autre externe et d'un gris blanchâtre; mais, d'espace en espace, on retrouve les deux couches grises du plan interne qui apparaît alors divisé en quatre couches. (Pl. II, fig. 2.)

Quant à l'assertion de Rolando, sur la différence de la substance jaune du cervelet et de la troisième substance signalée par Gennari dans le cerveau, elle n'est nullement fondée. Cette substance jaune du cervelet n'est autre que les deux lignes blanches intermédiaires, très rapprochées entre elles et de la substance blanche centrale, et ne paraissant former qu'une seule couche au lieu de quatre, comme on l'observe dans le cerveau du chat..

Il y a d'ailleurs cela de remarquable que, si la surface du cerveau des mammifères inférieurs est moins nettement stratifiée que celle du cerveau de l'homme, leur cervelet, au contraire, offre une stratification plus distincte; cette couche unique et jaunâtre du cervelet de l'homme se divise en plusieurs couches très évidentes dans celui du chat, par exemple.

Ainsi, pour n'avoir pas suffisamment multiplié les recherches, pour s'en être tenu à l'examen d'une espèce, on n'a pas saisi le lien qui unit tous ces faits si faciles à concilier entre eux, par la disposition générale que j'ai indiquée, et les variétés qu'elle présente.

Au reste, il est évident qu'il n'y a pas lieu d'admettre dans le cerveau une substance jaune particulière. Gennari caractérise en effet sa troisième substance par l'épithète de *subalbida;* la lame vue par Vicq-d'Azyr dans la couche corticale des lobes postérieurs, est blanche; celle que M. Cazauvieilh a indiquée dans toutes les circonvolutions est blanchâtre. La teinte jaune est donc bien loin d'être constante; elle semble résulter d'un mélange intime de la substance blanche et de la substance grise. J'ai montré

d'ailleurs que les lames qui constituent cette prétendue substance jaune sont formées par des fibres dont une partie au moins vient de la substance blanche centrale.

Ce n'est donc point une substance spéciale.

ARTICLE VII.

Couche corticale dans le cerveau du fœtus.

Après avoir étudié la substance grise des circonvolutions dans le cerveau de l'adulte, j'ai dû l'étudier dans celui du fœtus. Mais il ne s'agit plus seulement ici de déterminer la structure de la couche corticale, son existence même est mise en question et doit être démontrée.

Desmoulins admet, en effet, que la couche corticale ne se forme à la surface du cerveau que dans les derniers mois de la vie fœtale.

Tiedemann est allé plus loin; il a nié complétement l'existence de la substance grise périphérique dans le fœtus. Il prétend que cette substance n'est déposée qu'après la naissance.

« Si on déchire, dit-il le cerveau du fœtus, on voit paraître les fibres sur lesquelles se trouve appliquée une couche de substance molle et sans texture fibreuse. Cette substance, qui a été sécrétée la dernière, n'a pas encore eu le temps de prendre la forme de fibres. On dira peut-être qu'elle correspond à la couche corticale; mais cette objection n'a pas de valeur, car *la substance corticale n'est déposée qu'après la naissance à la surface du cerveau* (1). »

(1) Tiedemann, *Anatomie du cerveau,* traduite de l'allemand par A.-J.-L. Jourdan. Paris, 1823, in-8 fig., p. 87.

On cherche en vain des preuves de cette assertion dans l'ouvrage de Tiedemann. L'impossibilité de distinguer la couche corticale dans le cerveau du fœtus n'est point un argument qu'on puisse invoquer, car on devrait, par la même raison, nier l'existence de la substance médullaire, qui n'a point encore à cette époque la couleur blanche qu'elle acquiert plus tard.

Je vais d'ailleurs, sans m'arrêter aux objections, rechercher si, par le procédé que j'ai indiqué (l'étude de la substance grise par transparence), on peut arriver à la solution de la question.

J'ai démontré que la couche corticale du cerveau de l'adulte contient dans son épaisseur deux lames blanches, faciles à reconnaître à leur opacité, en examinant une couche mince par transparence. On a vu aussi que ces lames sont formées par des fibres verticales renflées. Or, ces fibres existent longtemps avant que leur couleur blanche soit apparente; et il restait à rechercher si elles peuvent être reconnues à leur opacité à une époque où les deux substances ont encore une couleur uniforme; pour m'en assurer, j'ai examiné par transparence entre deux lames de verre une couche très mince enlevée par une coupe verticale à une circonvolution du cerveau d'un enfant nouveau-né.

Or, voici ce que j'ai observé :

Au centre de la circonvolution, qui est très transparent, et qui, plus tard, sera formé de substance blanche opaque, on voit un grand nombre de vaisseaux dirigés verticalement, et s'étalant en gerbe à la partie supérieure.

La transparence est moindre dans la couche extérieure; on n'y aperçoit point ou peu de vaisseaux, mais on y remarque deux ou trois lignes opaques, transversales, suivant le contour de la circonvolution. Ces lignes sont sépa-

rées entre elles par des intervalles transparents ; leur direction transversale contraste d'ailleurs avec celle des vaisseaux du centre qui est verticale. (Pl. II, fig. 5.)

Or, le doute n'est pas possible sur la nature de cette couche extérieure.

Chez l'adulte, en effet, la substance corticale, étudiée de la même manière, offre des lignes opaques transversales, séparées par des intervalles transparents. Il en est de même de la couche extérieure de l'enfant nouveau-né.

Ainsi, c'est la même structure, et par conséquent la même substance.

Voila donc un caractère qui, dans le cas même où la couche corticale ne peut encore être reconnue à sa couleur, permet cependant d'en constater l'existence.

Il s'agit de déterminer, à partir de quelle époque, en remontant dans la vie fœtale, on peut vérifier ce caractère.

J'ai trouvé les lignes transversales dans la couche extérieure du cerveau d'un fœtus humain de quatre à cinq mois ; j'ai pu surtout les voir dans des cerveaux de fœtus de veau et de mouton que j'ai eus à ma disposition en assez grand nombre. J'ai constamment reconnu la couche corticale entre le quatrième et le cinquième mois et avant la formation des circonvolutions.

Ces recherches ne pouvant être faites que sur des cerveaux frais, ne sont guère praticables dans les premiers mois de la vie fœtale à cause du peu de consistance des hémisphères; mais il suffit de prouver que la couche corticale existe au quatrième mois, par exemple, pour renverser l'opinion de Tiedemann.

Je suis donc en droit de conclure de ce qui précède :

Que la couche corticale peut être démontrée dans le cerveau du fœtus par des caractères spéciaux autres que la couleur.

Je me suis assuré que les lignes transversales de la couche corticale du cerveau de l'enfant nouveau-né sont déjà fibreuses comme celles du cerveau de l'adulte. J'ai très bien vu ces fibres au microscope, alors que le centre de la circonvolution n'offrait encore que les vaisseaux dont j'ai parlé.

Peut-être pourrait-on en conclure qu'une partie des fibres de la substance blanche centrale tire son origine de la couche corticale; mais on est, je crois, désormais d'accord pour réformer ce langage. Je me bornerai donc à établir comme un fait qu'il y a dans la substance grise extérieure des fibres apparentes avant qu'on puisse en apercevoir dans le centre même de la circonvolution.

Il est d'ailleurs bien entendu qu'il s'agit seulement ici des circonvolutions; car la masse du centre ovale, à cette époque et bien longtemps avant, est déjà très évidemment fibreuse.

ARTICLE VIII.

ANATOMIE COMPARÉE.

La stratification de la surface du cerveau des mammifères se retrouve-t-elle dans les lobes cérébraux des oiseaux, des reptiles et des poissons?

Telle est la question que je vais examiner.

Lobes cérébraux des oiseaux.

Quand on incise les hémisphères cérébraux des oiseaux, on les trouve formés par une matière d'un gris rougeâtre, sans distinction de substance blanche et de substance grise.

On remarque seulement au centre une légère couche de substance médullaire.

A l'extérieur point de couche corticale, point de stratification.

Lobes optiques.

Ces lobes, chez les oiseaux, ont déjà acquis un assez grand développement, et sont assez compliqués.

Leur surface est stratifiée, et le passage suivant de l'ouvrage de M. Serres prouve que cet anatomiste avait déjà remarqué cette stratification :

« Les parois des lobes optiques sont formées, dit-il, de » quatre couches : l'une interne est *grise* ; la seconde, *blan-* » *che*, envoie quelques faisceaux sur les pédoncules céré- » braux ; la troisième couche est *grise*, plus épaisse que la » première ; la quatrième, ou la plus extérieure est *blan-* » *che* (1). »

Ainsi M. Serres, sans signaler la stratification de la surface du cerveau, du cervelet et de la moelle, a très bien décrit les quatre couches alternativement grises et blanches des lobes optiques des oiseaux. Ce fait désormais ne sera plus isolé et rentrera dans la disposition générale que j'ai indiquée.

Lobes cérébraux des reptiles.

Je n'ai pu faire des recherches suffisantes sur cette classe. Les lobes cérébraux des grenouilles ne m'ont point paru stratifiés. Quant aux lobes optiques, leurs parois, d'après M. Serres, sont formées de deux couches, une *grise* et une *blanche*.

(1) *Anatomie comparée du cerveau.* Paris, 1828, t. II, p. 277.

Lobes cérébraux des poissons.

Les lobes cérébraux des poissons sont très petits et tout à fait rudimentaires. Ils forment un tubercule solide composé de matière grisâtre sans aucune trace de stratification.

Lobes optiques.

Très développés et très compliqués dans cette classe, les lobes optiques offrent plusieurs parties analogues à celles qui manquent dans les hémisphères cérébraux.

Leur surface est stratifiée.

Je ne puis mieux faire encore ici que de citer l'ouvrage de M. Serres : « La membrane nerveuse qui forme l'enve-
» loppe des lobes optiques est formée chez les poissons de
» trois couches : deux blanches, une en dehors, l'autre en
» dedans, et une couche grise très mince interposée entre
» elles. »

Et plus loin cet anatomiste ajoute :

« Il existe quelquefois une seconde couche grise inté-
» rieurement. »

Cette quatrième couche vient, comme on le voit, reproduire exactement la disposition qui existe chez les oiseaux, c'est-à-dire quatre couches alternativement *grises* et *blanches*.

En résumé, la stratification de la surface du cerveau des mammifères ne se trouve plus dans les lobes cérébraux des oiseaux, des reptiles et des poissons.

On la voit, au contraire, dans les lobes optiques.

M. Serres a établi qu'il existe un rapport inverse entre

les lobes cérébraux et les lobes optiques. A mesure que les premiers se réduisent et se simplifient, les autres augmentent et se compliquent.

Il me semble important de faire remarquer que cette complication des lobes optiques ne se fait pas d'une manière indifférente.

Quand une partie disparaît dans les lobes cérébraux, une partie analogue se développe dans les lobes optiques, de sorte que, si cela est porté très loin, comme chez les poissons, les lobes optiques finissent par acquérir la plus grande ressemblance avec les lobes cérébraux, auxquels on les a, en effet, assimilés.

On conçoit facilement qu'il doit en être ainsi.

Les lobes cérébraux rudimentaires chez les oiseaux, les reptiles et les poissons, ne pouvant remplir leurs fonctions, celles-ci se réfugient, pour ainsi dire, dans les lobes optiques. Elles passent, comme l'a dit M. Serres, de l'élément dominé dans l'élément dominateur.

Si les lobes optiques sont chargés de suppléer les lobes cérébraux, ils doivent, non seulement se modifier pour être en rapport avec ce surcroît de fonctions, mais la modification devra avoir lieu de telle sorte que les dispositions organiques des hémisphères soient plus ou moins reproduites. C'est, en effet, ce qui a lieu, et de là leur ressemblance avec eux.

Ce que j'ai dit de la stratification de la surface du cerveau confirme ces idées.

Elle disparaît dans les lobes cérébraux des reptiles et des poissons; on la retrouve dans les lobes optiques.

La stratification de la surface peut d'ailleurs devenir un argument de plus en faveur de l'opinion des anatomistes qui ont vu dans les lobes optiques les véritables lobes cérébraux: elle établit, en effet, un nouveau point

de ressemblance entre les lobes optiques des oiseaux, des reptiles et des poissons et le cerveau des mammifères.

ARTICLE IX.

APPLICATIONS A L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

La substance grise corticale étant formée de plusieurs couches de différente nature, on ne s'étonnera point de voir ces couches s'altérer isolément : c'est, en effet, ce qui arrive ; et d'abord je rappellerai qu'on a regardé la substance grise corticale comme simple à l'état normal, et que le même auteur a admis dans le cerveau des maniaques trois couches, dont l'interne est grise, la moyenne rouge et l'externe blanchâtre. On voit qu'ici la première et la sixième des couches dont j'ai parlé sont restées saines ; les quatre moyennes seules sont colorées. Ce cas se rencontre très fréquemment.

M. Parchappe paraît avoir bien vu ces colorations partielles de la substance corticale. Elles peuvent, dit-il, être bornées à un seul plan ou à des portions plus ou moins circonscrites, et, dans ce cas, être disposées par *plaques* ou par *couches* minces.

Cette coloration d'une ou de plusieurs lamelles, les autres restant saines, est quelquefois tellement nette, » qu'il semble, dit M. Foville, quand on coupe en travers » la substance grise, qu'elle est composée de deux mem- » branes de couleurs différentes appliquées l'une sur » l'autre et plissées parallèlement. »

Dans certains cas, j'ai observé la coloration des trois couches grises seulement, de sorte que les six lamelles, au

lieu d'être alternativement *grises* et blanches, étaient alternativement *rouges* et blanches.

On trouverait dans ces faits, s'il en était besoin, un argument de plus en faveur de la division de la substance grise en plusieurs couches.

Dans la paralysie générale des aliénés, la pie-mère entraîne très souvent avec elle la lame externe de la substance corticale.

Cet enlèvement est le résultat de l'adhérence de la membrane, mais aussi du ramollissement de la cinquième couche. Ce ramollissement rend la séparation de la sixième lame d'autant plus facile qu'il est plus prononcé.

J'ai montré que l'adhérence qui s'établit par une légère pression entre une circonvolution et un linge suffit parfois pour détacher la couche extérieure sur des cerveaux sains.

Je crois que l'adhérence de la pie-mère peut à elle seule produire le même effet; le ramollissement de la cinquième couche ne me paraît donc point une condition nécessaire pour l'enlèvement de la sixième.

Dans la paralysie générale au premier degré, la surface mise à nu après la décortication est quelquefois lisse et polie et sans aucune trace de ramollissement. Peut-être en était-il ainsi dans les cas où M. Lélut a observé l'enlèvement de la couche extérieure chez des épileptiques morts pendant un accès et dans un état apparent de santé, chez des aliénés non paralytiques, chez un idiot mort du choléra, etc.

L'enlèvement de la couche extérieure pourrait donc avoir lieu avec ou sans ramollissement de la partie sous-jacente.

Le premier cas se rencontre surtout dans la paralysie générale; le second, ne dépendant que de l'adhérence de la pie-mère, peut se trouver accidentellement dans d'autres

maladies, alors même que la couche corticale est saine.

La substance grise extérieure est souvent très rouge dans toute son épaisseur, excepté dans sa partie superficielle, qui conserve une teinte blanchâtre.

J'ai invoqué ce fait pour prouver qu'il y a une différence de nature entre cette couche extérieure et la substance grise sous-jacente. Pourquoi, en effet, cette ligne de démarcation? La substance grise est si vasculaire, elle se combine si facilement avec le sang, qu'elle devrait, si elle existe à la surface du cerveau, y prendre la teinte rouge de l'intérieur. On conçoit, au contraire, qu'il en soit autrement si cette couche extérieure est analogue à la substance blanche ; celle-ci, en effet, ne se colore que rarement.

La teinte blanche du cerveau m'a paru, comme à M. Foville, coïncider avec une augmentation de consistance de la couche superficielle. J'ai observé cette décoloration ailleurs que dans des cerveaux d'aliénés, et on l'a souvent trouvée dans celui des vieillards.

J'ai dit qu'on peut, dans le cerveau du mouton, séparer la couche corticale de la substance blanche centrale, sans rupture apparente, au moins dans le fond des anfractuosités. Je dois ajouter que des hémorrhagies plus ou moins étendues produisent quelquefois le même effet. D'après le mode d'union des deux substances, ces hémorrhagies doivent se faire facilement dans le fond des anfractuosités; mais elles ne sauraient avoir lieu au sommet des circonvolutions sans la rupture des fibres si nombreuses que la substance blanche centrale envoie dans la couche corticale.

ARTICLE X.

APPLICATIONS PHYSIOLOGIQUES.

S'il a jamais été permis d'espérer qu'on pourrait arriver un jour à l'explication des phénomènes les plus cachés de la vie, c'est assurément depuis la découverte d'un agent sous l'influence duquel les muscles se contractent, la digestion et la respiration continuent après que toute action nerveuse a cessé.

Ces faits et beaucoup d'autres, qu'il est inutile de rappeler, établissent entre la cause inconnue de l'innervation et l'électricité une analogie qui n'est plus contestée. Mais si tout semble indiquer que le système nerveux est l'organe formateur et conducteur d'un agent impondérable, analogue à l'agent électrique, n'est-il pas naturel dès lors de rechercher s'il n'existe pas dans les centres nerveux des dispositions anatomiques offrant quelques points de ressemblance avec les appareils galvaniques?

L'hypothèse d'une pile animale émise par Aldini a été soutenue par Rolando, qui a cru trouver cette pile dans le cervelet. Voici comment cet anatomiste s'exprime à cet égard :

« Si un appareil composé de diverses substances non » métalliques, telles que le schiste, le charbon, la chair » musculaire, la substance cérébrale; si l'organe élec- » trique de la torpille, du silurus, du gymnotus, composé » d'une substance albumino-gélatinoso-cartilagineuse et » d'autres semblables, sont propres à préparer et à » développer une très grande quantité de fluide électrique, » capable de donner de violentes secousses, pourquoi un

» principe semblable ne serait-il pas formé par les » feuillets nombreux de substance jaune et cendrée du » cervelet? Que pourra-t-on trouver de plus évident pour » établir que le cervelet est un organe dont la structure » est entièrement semblable à l'appareil de Volta? Quelle » autre preuve pourrait-on désirer pour démontrer que ce » viscère prépare un fluide analogue à celui que développe » l'instrument en question? »

Cependant quelle disposition anatomique Rolando invoque-t-il pour affirmer, d'une manière si tranchée, que le cervelet est entièrement semblable à une pile de Volta? C'est la superposition d'une couche de substance jaune et d'une couche de substance grise.

Cette superposition de deux substances de nature différente mérite sans doute d'être signalée, mais elle ne paraît pas suffisante pour soutenir l'idée de Rolando, si souvent répétée depuis.

Malgré la juste défiance que peut inspirer un pareil sujet, convaincu qu'il existe, non seulement à la surface des hémisphères cérébraux, mais dans toutes les parties centrales du système nerveux, une disposition stratiforme qui rappelle celle des appareils galvaniques, je ne craindrai pas de faire ici ce rapprochement.

J'ai démontré, dans ce travail, que la couche corticale du cerveau est formée de six lames de différente nature, alternativement superposées.

Après tout ce qu'on a dit de l'analogie des fluides nerveux et galvanique, on ne s'étonnera pas que cette stratification si singulière de la surface du cerveau rappelle l'idée d'une pile Voltaïque.

Assurément, si Rolando a pu, d'après la simple superposition de *deux lames*, affirmer que le cervelet était *entièrement* semblable à une pile, combien, à plus forte

raison, n'eût-il pas admis le même fait pour le cerveau, si l'existence de ces *six lames alternativement grises* et *blanches* lui eût été connue? En suivant cette comparaison, ce n'est plus, en effet, d'une seule paire galvanique qu'il s'agit ici, mais bien de trois. (Pl. I, fig. 6)

Cet appareil n'a qu'une ligne et demie d'épaisseur; mais si on songe aux replis des circonvolutions, on voit qu'il présente une très grande étendue : on conçoit donc qu'il puisse avoir une certaine puissance.

On a souvent, et avec raison, comparé les lames du cervelet aux circonvolutions du cerveau; elles ont en effet la même structure et offrent la même stratification.

Il y a aussi quelque chose d'analogue dans la moelle.

On a vu d'ailleurs que la disposition stratiforme avait été très bien décrite par M. Serres pour les lobes optiques des oiseaux, des reptiles et des poissons.

Elle est donc commune à presque toutes les surfaces des centres nerveux.

On la retrouve encore, mais sous une autre forme, dans plusieurs parties centrales.

On peut voir dans la planche XIII de Vicq-d'Azyr, que les corps striés sont formés de trois plans alternativement gris et blancs.

Rolando, frappé sans doute de ce fait, avait d'abord soupçonné qu'un fluide analogue au fluide galvanique se formait dans cette partie; mais, plus tard, la ressemblance de l'appareil de la torpille avec le cervelet des oiseaux lui fit voir dans cet organe l'appareil électro-moteur *qu'il cherchait.*

Les tubercules quadri-jumeaux sont formés de quatre plans alternativement gris et blancs.

La protubérance annulaire elle-même offre des cloisons transversales blanches, séparées par de la substance grise.

Ainsi la disposition stratiforme des surfaces se retrouve dans plusieurs parties centrales; elle est donc presque générale, et c'est sous ce rapport surtout qu'elle me paraît mériter de fixer l'attention.

Quel rôle jouent ces parties stratifiées?

Élaborent-elles le fluide nerveux?

La substance blanche, comme le pensent plusieurs physiologistes, n'est-elle que conductrice?

Quel est le but de ces innombrables fibres envoyées partout dans la substance grise où elles se terminent en pointe?

Est-ce là simplement, comme on l'a dit, un mode d'origine de ces fibres?

Ou bien ces pointes qui plongent dans la substance grise y soutirent-elles le fluide nerveux, et ne sont-elles que l'origine des fibres conductrices?

Je ne puis que poser ces questions. Quant aux surfaces cérébrales en particulier, je dois rappeler, qu'avant de connaître leur disposition stratiforme, on avait cependant déjà établi plusieurs rapports entre leur mode d'action et celui des surfaces productrices de l'électricité.

Ainsi on a essayé de démontrer:

Que l'intensité des phénomènes nerveux, comme celle des phénomènes électriques, est en raison non des masses, mais des surfaces.

« A l'appui de cette opinion, dit M. le professeur Cru-
» veilhier, on cite l'arachnitis qui est plus souvent accom-
» pagnée de délire que l'inflammation de la substance
» cérébrale elle-même. On cite les plis de la rétine qui
» triplent, quadruplent l'intensité de la vision, plis que
» Desmoulins, qui a surtout insisté sur cette idée, dit avoir
» vus disparaître chez les oiseaux plongés dans l'obscurité,
» de même qu'on voit s'atrophier les circonvolutions céré-

» brales, soit en l'absence de toute excitation cérébrale, » soit par toute autre cause d'affaiblissement intellectuel. »

Ce rapport établi par Desmoulins entre l'intensité de la vision et l'étendue de la rétine, est assurément des plus curieux.

Forcée de présenter une grande surface dans un espace circonscrit, la rétine se plisse.

Il semble en être de même au cerveau; car les circonvolutions comme les plis de la rétine n'ont évidemment pour but que de multiplier l'étendue de la surface.

Mais, de même que l'intensité de la vision est en rapport avec les plis de la rétine, de même l'intelligence est-elle en rapport avec le nombre des circonvolutions?

Cette proposition, que Desmoulins a aussi essayé d'établir, déjà combattue par M. Serres, vient de l'être de nouveau par M. Leuret, qui y substitue cette autre proposition :

« C'est chez les mammifères les plus intelligents que » l'on trouve les cerveaux les plus ondulés; mais tous les » mammifères intelligents ne sont pas dans ce cas (1). »

Cependant si l'on considère que les animaux les plus intelligents, non seulement ont le cerveau le plus ondulé, mais, en outre, des circonvolutions qui leur sont propres; si l'on se rappelle la facilité avec laquelle apparaît le délire dans les inflammations des surfaces cérébrales; les altérations de la couche corticale dans la folie, surtout celles qu'elle offre dans la paralysie générale des aliénés qui s'accompagne d'une démence si profonde, l'atrophie des circonvolutions dans la démence, etc., on ne balancera pas, je crois, à attribuer un rôle important aux surfaces cérébrales.

(1) *Anatomie comparée du système nerveux*, considérée *dans ses rapports avec l'intelligence*. Paris, 1839, t. I, in-8, p. 589.

La structure si compliquée de la couche corticale sera désormais invoquée comme un argument de plus.

On peut encore faire remarquer, quant à l'importance des surfaces cérébrales, que plusieurs parties du système nerveux, les tubercules quadri-jumeaux, le cervelet et la moelle, solides dans les mammifères, se creusent de ventricules dans les classes inférieures.

Ainsi, au lieu de diminuer simplement de volume, elles perdent leur partie centrale, mais conservent une plus grande étendue proportionnelle de surfaces.

Les surfaces paraissent donc être les parties essentielles.

Desmoulins et M. Magendie ont encore pensé que l'influx nerveux, comme l'électricité, se transmettait par les surfaces, et ils ont cité à l'appui de leur opinion des observations anatomiques et des expériences physiologiques.

« 1° A partir de la huitième paire inclusivement, dit » Desmoulins, les centaines de nerfs spinaux de la lamproie » se terminent à l'enveloppe, partout distante du système » cérébro-spinal d'environ la moitié de son épaisseur. » Non seulement la force excitatrice du mouvement doit » ici émaner de la surface le long de laquelle elle se trans- » met, mais encore la transmission au nerf s'en fait néces- » sairement à distance, et réciproquement pour la trans- » mission de la force qui doit produire la sensibilité. »

2° Pour produire la rotation d'un animal sur lui-même, il n'est pas nécessaire de couper toute l'épaisseur du pédoncule du cervelet; il suffit, pour ainsi dire, que sa surface soit rayée, comme si la circulation de la force nerveuse était aussi bien arrêtée par l'interruption de la surface que par celle de toute l'épaisseur de la commissure. (Desmoulins et M. Magendie.)

3° Il résulte des expériences de M. Magendie, que l'in-

troduction d'un stylet dans le centre de la moelle n'altère notablement ni la sensibilité ni les mouvements.

En résumé :

Aux faits qu'on a avancés pour prouver que l'action nerveuse comme l'action électrique est en raison, non des masses, mais des surfaces;

Que l'influx nerveux comme l'électricité, se transmet par les surfaces (1);

On peut ajouter:

Qu'il existe à la périphérie du cerveau et du cervelet une disposition anatomique qui rappelle celle des appareils galvaniques.

Résumé.

1° La substance corticale des circonvolutions cérébrales est formée, en allant de dedans en dehors, de six couches alternativement grises et blanches. Si on examine une lame mince de substance grise par transparence entre deux verres, ces six couches apparaissent alternativement transparentes et opaques.

2° La substance blanche centrale, surtout au sommet des circonvolutions, est unie à la couche corticale par un grand nombre de fibres.

3° Les deux couches blanches qui existent dans l'épaisseur de la substance grise corticale, sont formées par deux rangées de fibres verticales.

4° Parmi ces fibres, les unes ne sont que des renflements de celles venues de la substance blanche centrale; d'autres semblent propres aux couches intermédiaires.

(1) Je crois devoir faire remarquer que je me borne ici à rapporter des opinions en faveur desquelles la stratification des surfaces cérébrales peut à bon droit être invoquée.

5° Il y a dans les cerveaux des mammifères inférieurs un second ordre de fibres transversales croisant les premières à angle droit.

6° La sixième couche de la substance grise corticale, ou la plus superficielle, peut quelquefois être isolée.

7° Cette couche superficielle du cerveau diffère de la substance grise sous-jacente par sa teinte blanchâtre et souvent par son opacité.

8° Il n'y a pas lieu d'admettre dans le cerveau une substance spéciale qui mérite le nom de substance jaune.

9° La couche corticale existe, et peut être démontrée dans le cerveau du fœtus.

10° La stratification de la surface du cerveau des mammifères ne se retrouve pas dans les lobes cérébraux des oiseaux, des reptiles et des poissons; elle existe au contraire, pour ces trois classes dans les lobes optiques.

11° Les colorations pathologiques partielles et par petites couches, qu'on observe dans la substance grise corticale, s'expliquent par sa structure.

12°. La superposition de six couches alternativement grises et blanches, dans la substance grise corticale, rappelle une pile galvanique.

II

DE L'ÉTENDUE

DE LA

SURFACE DU CERVEAU

ET DE SES RAPPORTS

AVEC LE DÉVELOPPEMENT DE L'INTELLIGENCE

Je me propose dans ce travail :

1° De déterminer l'étendue de la surface des hémisphères cérébraux ;

2° de rechercher s'il existe, comme on l'a dit, un rapport entre l'étendue de cette surface et le degré de développement de l'intelligence.

PREMIER POINT.

DE L'ÉTENDUE DE LA SURFACE DU CERVEAU.

On sait que le cerveau est recouvert par deux membranes : l'arachnoïde et la pie-mère.

L'arachnoïde ne pénètre pas dans les intervalles des circonvolutions, et ne tapisse que la surface, pour ainsi dire apparente, des hémisphères cérébraux.

La pie-mère, au contraire, s'enfonce dans toutes les anfractuosités, et sa surface est égale en étendue à la surface réelle du cerveau. Si cette dernière membrane pouvait

être déplissée, elle fournirait donc un moyen très simple et très exact de mesurer les surfaces cérébrales ; mais il n'en est pas ainsi, et il faut chercher un autre procédé.

La première idée qui se présente, c'est le déplissement du cerveau lui-même.

On se rappelle, en effet, que Gall opérait ce déplissement des hémisphères cérébraux, et que c'était peut-être, parmi ses découvertes anatomiques, celle à laquelle il attachait le plus d'importance.

Rien de plus simple que la mensuration des surfaces cérébrales, si on pouvait obtenir par ce moyen une membrane unie à la place des anfractuosités inégales, dont il est presque impossible de déterminer exactement l'étendue.

Malheureusement le déplissement du cerveau, comme le faisait Gall, soulève une objection très grave.

La substance cérébrale est extensible, et les tiraillements exercés avec les doigts peuvent devenir une cause d'erreur.

Cette objection a dû arrêter les anatomistes qui auraient pensé à mesurer par ce moyen la surface du cerveau, et je n'ai pas dû moi-même songer à m'en servir.

Le procédé que j'emploie consiste à déplisser le cerveau, en substituant à l'action des doigts une dissection longue et minutieuse, ayant pour but d'éviter toute espèce de tiraillement.

J'enlève peu à peu la plus grande quantité possible de substance blanche, et je réduis ainsi graduellement l'hémisphère à une très faible épaisseur.

Quand la substance médullaire a été presque complétement enlevée, la *membrane* hémisphérique se déplisse, pour ainsi dire, d'elle-même, sinon en totalité, au moins suffisamment pour qu'on puisse l'étaler et la mouler très exactement avec du plâtre.

Cette *membrane* cérébrale étant retirée du moule, on peut obtenir l'étendue de sa surface par le procédé suivant.

On remplit peu à peu ce moule avec de la terre glaise en interposant un tissu mince dont la surface plane est ensuite très facile à mesurer mathématiquement.

En résumé, pour obtenir l'étendue des surfaces cérébrales, il faut :

1° Déplisser aussi complétement que possible les hémisphères en enlevant peu à peu presque toute la substance blanche intérieure ;

2° Mouler avec du plâtre la membrane cérébrale ainsi obtenue ;

3° Mesurer ce moule avec un tissu mince en prenant les précautions convenables.

Voici les résultats auxquels je suis arrivé par ce procédé.

Sur cinq cerveaux, j'ai trouvé pour l'étendue des surfaces une moyenne de 1,700 centimètres carrés.

Dans ces deux cas seulement j'ai mesuré comparativement les deux hémisphères, et j'ai trouvé pour le premier cerveau :

La surface de l'hémisphère droit égale à	764 c. carrés.
Celle de l'hémisphère gauche à	789

Pour le second cerveau :

L'étendue de l'hémisphère droit était de	853 c. carrés.
Celle de l'hémisphère gauche de	837

Ainsi la différence d'un hémisphère à un autre n'est guère que de 1/30 à 1/45, ce qui est une preuve de l'exactitude de la mesure.

Voici l'étendue de la surface de quelques cerveaux d'animaux :

Le cerveau du lapin a une surface égale à	24 c. carrés.
Celui du chat à	52
— du chien	104
— du mouton	160
— du porc	220

Tel est le résultat des mesures que j'ai faites. Je ne le donne pas comme mathématiquement exact, mais je crois pouvoir en garantir l'exactitude à 1/15 près.

SECOND POINT.

DES RAPPORTS ENTRE L'ÉTENDUE DE LA SURFACE DU CERVEAU ET LE DEGRÉ DE DÉVELOPPEMENT DE L'INTELLIGENCE.

Dans un mémoire lu à l'Institut, en 1822, Desmoulins essayait de démontrer :

Que le nombre et la perfection des facultés intellectuelles dans la série des espèces, et dans les individus de la même espèce, étaient en proportion de l'étendue des surfaces cérébrales.

Je crois inutile de rappeler les arguments présentés à l'appui de cette proposition ; je me bornerai aux deux remarques suivantes.

On dit que tel animal très intelligent a une étendue de surface cérébrale plus grande que tel autre d'une intelligence moins développée ; il est évident qu'on veut parler ici de l'étendue relative au volume.

D'une manière absolue, en effet, le cerveau du chien, par exemple, a bien moins de surface que celui du bœuf, st cependant le chien a beaucoup plus d'intelligence. Si

donc l'on compare l'étendue des surfaces, c'est en tenant compte du volume relatif des cerveaux.

C'est ainsi, sans nul doute, que les choses ont été comprises, mais elles demandaient à être expliquées plus nettement.

J'ajouterai une seconde observation :

Desmoulins, non plus que les physiologistes qui ont admis son opinion, n'a jamais donné de mesures même approximatives des surfaces cérébrales.

Et cependant dans une question de cette nature, quand il s'agit surtout d'apprécier le degré de développement de l'intelligence, fallait-il au moins avoir recours au mètre et à la balance.

Il était donc indispensable pour la solution du problème, d'une part, de déterminer le volume exact de chaque cerveau, et, d'autre part, de mesurer l'étendue de sa surface.

La densité des différents cerveaux étant à peu près la même, le volume est proportionnel au poids, qui peut alors sans inconvénient être substitué au volume.

J'ai pesé avec soin le cerveau de l'homme ; puis, parmi les animaux, celui du mouton, du porc, du chien, du chat et du lapin.

Je me suis appliqué ensuite à mesurer l'étendue de leur surface.

Pour rendre plus faciles à comprendre les résultats que j'ai obtenus, je prendrai d'abord les deux extrêmes, le cerveau de l'homme et celui du lapin.

J'ai trouvé que les hémisphères cérébraux de l'homme, après l'enlèvement des membranes, des corps striés, des couches optiques et du corps calleux pesaient..	900 grammes
Leur surface mesurée par les procédés que j'ai indiqués s'est trouvée égale à..........................	1,700 c. carrés
Les hémisphères cérébraux du lapin pèsent..........	5 grammes
Leur surface est égale à..............................	24 c. carrés

Si l'on compare le poids de ces deux cerveaux, on trouve que celui de l'homme pèse 180 fois plus que celui du lapin.

Le rapport en poids est donc :: 1 : 180.

Quant aux surfaces, on reconnaît que le cerveau de l'homme a 70 fois plus d'étendue que celui du lapin.

Le rapport pour les surfaces est donc :: 1 : 70.

Ainsi le cerveau de l'homme est 180 fois plus pesant que celui du lapin, et il n'est que 70 fois plus étendu.

D'où cette conclusion que les hémisphères cérébraux du lapin ont proportionnellement à leur poids, ou, si l'on veut, à leur volume, deux fois et demie plus de surface que ceux de l'homme.

Je crois d'ailleurs devoir rappeler que le cerveau du lapin, comme celui des autres mammifères inférieurs, n'a pas de circonvolutions et que sa surface est exactement la même que celle de la face interne du crâne.

J'ai comparé de la même manière le cerveau de l'homme et celui du chat, du chien, du mouton et du porc, et j'ai toujours trouvé que l'étendue de surface était, par rapport au poids, un quart, un tiers ou la moitié plus grande chez ces animaux que dans l'homme.

Les plus petits cerveaux, toute proportion gardée, ont constamment le plus d'étendue, et la surface relative des hémisphères paraît être en raison inverse de leur poids.

Ces résultats sont tout à fait opposés à la proposition formulée par Desmoulins; car, loin que le développement de l'intelligence soit en raison directe de l'étendue relative des surfaces, il paraît être, au contraire, en raison inverse.

J'ai d'abord dû me méfier de ces faits que je constatais sans les comprendre; mais bientôt ayant cherché à m'éclairer au moyen des données mathématiques, j'ai trouvé l'explication suivante: Supposez deux corps sphériques

de même densité, ayant l'un 20 et l'autre 10 centimètres de diamètre. Les volumes qui sont proportionnels aux poids sont entre eux :: 8 : 1, c'est-à-dire que le corps le plus volumineux est 8 fois plus pesant que l'autre.

Si, au contraire, on compare les surfaces, on trouve le rapport :: 4 : 1.

Ainsi le plus grand corps est 8 fois plus pesant que le plus petit, et il n'est que 4 fois plus étendu.

C'est exactement ce que j'ai trouvé en comparant la surface des petits cerveaux à celle du cerveau de l'homme.

Ces différences entre le rapport des volumes et des surfaces est le résultat de cette loi mathématique : que les volumes des corps semblables sont entre eux comme les cubes de leurs diamètres; tandis que leurs surfaces sont entre elles comme les carrés de ces diamètres, ce qui donne des proportions très différentes.

Le cerveau subit cette loi à laquelle il est cependant soustrait en partie par l'existence des circonvolutions.

Voilà pourquoi les hémisphères cérébraux du lapin, malgré l'absence des anfractuosités, sont cependant, proportionnellement, presque trois fois plus étendus que ceux de l'homme.

Il n'y a donc rien que de très simple dans les résultats que m'a fournis la mesure directe de l'étendue des surfaces cérébrales de l'homme et de plusieurs animaux.

Cependant ils n'en renversent pas moins complétement cette proposition : que le nombre et la perfection des facultés intellectuelles sont en proportion de l'étendue des surfaces cérébrales.

J'ai dit, en effet, que le cerveau n'était qu'en partie soumis à la loi mathématique qui régit les corps quant aux rapports des surfaces et des volumes; mais rien n'empêchait qu'il ne fût complétement soustrait à cette loi. Je ne

puis mieux le démontrer qu'en rappelant l'étendue de la surface du cervelet relativement à son poids.

Cette étendue, multipliée par des milliers de lamelles, est, en effet, considérable par rapport au volume, et il n'y a que cet organe qui puisse lutter, sous ce rapport, avec le cerveau des mammifères inférieurs.

Il aurait pu en être ainsi pour les hémisphères cérébraux, et peut-être alors le degré de développement de l'intelligence se fût-il trouvé en rapport avec l'étendue relative des surfaces cérébrales, ce qui n'a pas lieu.

Je crois d'ailleurs, avant de terminer, devoir signaler la source de l'erreur commise par Desmoulins et les physiologistes qui ont admis son opinion.

On a jugé de l'étendue relative des surfaces cérébrales par le degré de plissement de ces surfaces, ou, si l'on veut, par le nombre et la saillie des circonvolutions : or cela n'est pas exact.

Le cerveau de l'homme, en effet, dont les circonvolutions sont très nombreuses et très saillantes, n'a, au contraire, qu'une étendue relative de surface très petite, par cela même qu'il a un volume très considérable.

Pour étudier le problème, il eût fallu distinguer avec soin :

1° L'étendue relative de surface dans les différents cerveaux ;

2° Le nombre et la saillie relative des circonvolutions.

Je crois avoir prouvé que le développement de l'intelligence n'est point en raison de l'étendue des surfaces cérébrales ; mais il reste à examiner si un rapport de cette nature peut être établi en substituant à l'étendue des surfaces le nombre et le degré de saillie des circonvolutions.

Ne pourrait-on pas,. par exemple, en changeant les termes de la proposition, dire : que le nombre et la per-

fection des facultés intellectuelles sont en proportion, non pas de l'étendue des surfaces, mais du nombre et de la saillie des circonvolutions?

Telle est désormais la question à examiner.

La solution de cette question présente, à mon avis, beaucoup plus de difficultés qu'on ne paraît l'avoir supposé.

Il ne suffit pas, en effet, de comparer extérieurement deux cerveaux d'animaux, et de constater que le cerveau du plus intelligent offre des circonvolutions plus nombreuses.

Le problème est beaucoup plus complexe et ne peut être résolu qu'en tenant compte de plusieurs éléments qui ont été négligés.

C'est ce que j'espère pouvoir démontrer dans un prochain travail.

CONCLUSIONS.

1° Le cerveau de l'homme peut être déplissé presque complétement sans tiraillements, en enlevant peu à peu la substance blanche intérieure..

2° L'étendue de la *membrane* cérébrale ainsi déplissée est de 1,700 centimètres carrés.

3° La surface du cerveau de l'homme, proportionnellement au volume, est beaucoup moins étendue que celle du cerveau des mammifères inférieurs.

4° On ne peut sans erreur grave juger de l'étendue relative des surfaces de plusieurs cerveaux de volumes différents, en ne tenant compte que du nombre et de la saillie de leurs circonvolutions.

5° Le degré de développement de l'intelligence, loin

d'être en raison directe de l'étendue des surfaces cérébrales, serait plutôt en raison inverse (1).

(1) Je crois devoir rappeler que cela ne prouve point que le développement de l'intelligence ne soit pas en raison directe du nombre et de l'étendue des circonvolutions. Si l'on y réfléchit bien, on verra que ces deux propositions n'ont rien de contradictoire.

III

DU MODE

DE

FORMATION DU CERVEAU

1843

« Parmi toutes les différences qui distinguent les deux grandes divisions des corps de la nature, la plus tranchée, la plus facile à saisir se tire du mode d'accroissement et de nutrition. Les corps bruts ne croissent que par *juxtaposition*, c'est-à-dire *par l'addition de nouvelles couches à leur surface*, tandis qu'il y a *intussusception* ou pénétration intime de l'être organique par la substance qu'il assimile en vertu des forces dont il est doué. Dans les animaux et dans les plantes, la nutrition est l'effet d'un *mécanisme intérieur*; leur accroissement est un développement de *dedans en dehors*; dans les minéraux, au contraire, l'accroissement ne peut mériter le nom de développement; il se fait à l'extérieur par l'application de nouvelles couches (1). »

Si l'on en excepte quelques parties, comme les dents, les ongles, les poils, etc,, ce qu'on dit des animaux, on peut le dire de chacun de leurs organes en particulier. Ainsi le

(1) Richerand et Bérard, *Physiologie.*

foie, les reins, etc., pénétrés par des vaisseaux qui portent sur tous les points les nouvelles molécules servant à l'accroissement, se développent de *dedans en dehors* par *intussusception.*

Cependant on a signalé à cette loi générale une exception importante. Les parties centrales du système nerveux se formeraient, dit-on, non de *dedans en dehors*, par une pénétration intime de molécules, mais de *dehors en dedans* par l'application successive de nouvelles couches à la surface, absolument de la même manière que s'accroît un calcul urinaire, par exemple.

Cette opinion, émise d'abord sous forme de doute par Reil, développée et soutenue par Tiedemann et Desmoulins, a été répétée sans commentaires et adoptée par plusieurs anatomistes distingués. Jusqu'à présent je ne sache point qu'elle ait été contestée.

Une exception si singulière au mode général d'accroissement admis pour tous les organes mérite d'être examinée, non seulement parce qu'elle a par elle-même une certaine importance. mais aussi, comme je le montrerai, à cause des conséquences qui en découlent naturellement, et qu'on en a déduites.

Je vais d'abord rapporter textuellement les principaux passages dans lesquels les anatomistes que je viens de citer ont développé leur opinion sur le mode d'accroissement des centres nerveux.

Opinion de Reil, de Tiedemann et de Desmoulins. — « La substance corticale, dit Reil, paraît être un précipité fourni par la face interne de la pie-mère, et qui acquiert peu à peu une densité plus considérable. *Peut-être le cerveau se produit-il* par de semblables précipités que fournit successivement cette membrane. »

Cette conjecture de Reil est devenue pour Tiedemann le

véritable mode de développement du cerveau, comme le prouve le passage suivant :

« Nous avons vu jusqu'ici, dit Tiedemann, comment les hémisphères, d'abord minces et membraniformes, augmentent peu à peu d'épaisseur chaque mois. Voici de quelle manière cet effet a lieu, d'après mon opinion. Les vaisseaux de la pie-mère, dans lesquels personne ne refusera, sans doute, de voir les organes formateurs et nourriciers de cette substance, séparent du sang qu'ils apportent à l'encéphale, au moyen de ramifications détachées de la face interne de la membrane, la nouvelle pulpe cérébrale ou la masse qui lui donne naissance. Cette pulpe se dépose par couches de dedans en dehors ; elle cristallise, si je puis m'exprimer ainsi, sous la forme de fibres qui s'appliquent à la surface des fibres formées les premières. L'accroissement de la pie-mère et les dépôts successifs de couches nouvelles sur les anciennes font acquérir plus d'épaisseur aux parois des hémisphères. L'examen de la substance cérébrale fournit des preuves à l'appui de l'opinion que je mets en avant. Lorsqu'on détache la pie-mère de l'encéphale, des couches plus ou moins épaisses de pulpe cérébrale demeurent toujours adhérentes à sa face interne, ce qui tient évidemment à ce que la substance molle extérieure, qui s'est déposée la dernière, adhère encore aux vaisseaux nés de la face interne de la membrane. La couche adhérente aux portions de la pie-mère qu'on a détachées, et la couche supérieure du cerveau dépouillée de cette enveloppe, sont toutes deux également molles et dépourvues de toute apparence fibreuse. Examinées au microscope, elles paraissent être formées de très petits globules. Si on déchire le cerveau, on voit paraître les fibres sur lesquelles se trouve appliquée une couche de substance molle et sans texture fibreuse. Cette substance,

qui a été sécrétée la *dernière*, n'a pas encore eu le temps de prendre la forme de fibres. On dira peut-être qu'elle correspond à la substance corticale; mais cette objection n'a pas de valeur, car la substance corticale n'est déposée qu'après la naissance à la surface du cerveau. »

J'ai dû rapporter en entier ce passage de l'ouvrage de Tiedemann, non seulement parce que son opinion sur le mode d'accroissement du cerveau y est clairement exprimée, mais encore parce qu'il explique d'une manière positive l'époque à laquelle apparaît la substance corticale. Elle n'est, dit-il, déposée qu'après la naissance.

Desmoulins adopte l'opinion de Tiedemann, mais avec une modification.

Si la pie-mère extérieure sécrète des couches de matière cérébrale, il n'y a pas de raison pour que la pie-mère intérieure n'en sécrète pas également.

Il n'y a donc pas seulement, d'après Desmoulins, des précipités successifs à la surface du cerveau, il s'en fait aussi dans les ventricules, de sorte que les hémisphères s'accroissent en même temps en dehors et en dedans. Seulement l'accroissement intérieur s'arrêterait avant l'accroissement extérieur.

Après avoir développé ces idées, Desmoulins ajoute : « Cette formation du système cérébro-spinal par des couches, les unes excentriques, les autres concentriques, celles-ci déposées par les replis intérieurs de la pie-mère, n'avait encore été bien observée par personne. »

Conséquences de l'opinion de Tiedemann. — Telles sont les opinions de Reil, Tiedemann et Desmoulins sur le mode de formation du cerveau. Voyons maintenant les conséquences qui en découlent.

Dans le passage de l'ouvrage de Tiedemann cité plus

haut, cet auteur, comme on l'a vu, dit positivement que la couche corticale n'est formée qu'après la naissance. Or, ce fait résulte nécessairement du mode de développement qu'il admet.

La couche la plus extérieure dans un calcul urinaire a toujours été formée la dernière, et il doit en être de même ici. La substance corticale étant à la surface du cerveau, doit aussi n'être sécrétée qu'en dernier lieu par la pie-mère.

Cette absence de la couche corticale dans le cerveau du fœtus, sa formation si tardive serait un fait important; mais ce fait entraînerait lui-même d'autres conséquences qui ne le seraient pas moins.

Une des idées anatomiques à laquelle Gall attachait le plus de valeur, celle sur laquelle il a surtout insisté, c'est, comme on sait, que la substance grise est la matrice de la substance blanche; il a montré comment les fibres se renforçaient dans les masses de substance grise, comment elles en naissaient, etc. Tout cela a été attaqué par beaucoup d'anatomistes, et le grand argument a été celui-ci: *La substance grise n'est formée qu'après la substance blanche, donc elle ne peut lui donner naissance.*

Ainsi, par exemple, Gall fait naître son système de fibres rentrantes de la couche corticale, d'où elles se portent dans le corps calleux : or, voici comment il est réfuté par Tiedmann :

« Mais toutes ces assertions ne sont que des hypothèses,
» car le corps calleux existe dans le fœtus de quatre à cinq
» mois ; c'est-à-dire dans un temps où il n'y a ni circonvo-
» lutions ni couche de substance corticale à la superficie
» du cerveau. Les prétendues fibres rentrantes ne sauraient
» donc naître *de parties qui n'existent pas encore.* »

Cet argument a été reproduit par plusieurs anatomistes, et il est sans réplique.

Le problème du développement des centres nerveux, outre l'intérêt qu'il offre par lui-même, est donc étroitement lié à plusieurs autres questions sur la solution desquelles il doit plus ou moins influer.

Réponse aux arguments sur lesquels Tiedemann s'est appuyé. — Les raisons données par Tiedemann pour établir son opinion me semblent pouvoir être assez facilement réfutées. « Personne, dit-il, ne refusera de voir dans les » vaisseaux de la pie-mère les organes formateurs. » Sans nul doute; mais il ne faut pas oublier que ces vaisseaux plongent de tous côtés dans la masse cérébrale, qu'ils s'y divisent à l'infini, et que le cerveau du fœtus en particulier est extrêmement vasculaire; pourquoi donc ces vaisseaux ne déposeraient-ils la matière cérébrale qu'à la surface? A quoi serviraient-ils dans l'intérieur de l'organe, si ce n'est à sa nutrition et à son accroissement? La pie-mère, en effet, n'est qu'une trame dans laquelle s'atténuent, en se ramifiant, les vaisseaux qui doivent pénétrer la substance si délicate du cerveau. Et ne sait-on pas que c'est dans le système capillaire que se passent les phénomènes de la nutrition? On ne prouve donc rien en faveur du développement du cerveau par couches successives, en disant que les vaisseaux de la pie-mère sont les organes formateurs. Cela, en effet, n'est pas contesté; mais il faut ajouter que c'est à l'intérieur, et sur tous les points en même temps, qu'ils portent et déposent les nouvelles molécules servant à l'accroissement.

« La preuve, dit encore Tiedemann, que le cerveau s'ac- » croît par couches successives, c'est qu'en enlevant les » membranes, elles entraînent toujours avec elles des » couches plus ou moins épaisses de substance cérébrale, » ce qui tient évidemment à ce que la substance molle » extérieure, qui s'est déposée la dernière, adhère encore

» aux vaisseaux nés de la face interne de la pie-mère. »

Il est vrai que les membranes, non pas toujours, mais quelquefois, entraînent avec elle une couche de substance cérébrale ; mais cette couche a une épaisseur uniforme; elle reste distincte toute la vie à l'extérieur du cerveau et du cervelet; c'est elle qu'on enlève avec les membranes chez les aliénés paralytiques, et j'ai indiqué ailleurs un procédé pour l'isoler dans l'état normal. Mais que prouve l'existence de cette couche unique, véritable écorce cérébrale! C'est là un de ces faits d'organisation dont on ne peut rien conclure. Ce qu'il faudrait démontrer, c'est l'existence de plusieurs de ces couches pouvant être séparées, et laissant au-dessous d'elles, comme on le voit après l'enlèvement de la pie-mère, une surface lisse et polie. Or, jusqu'ici personne n'a pu obtenir ce résultat. Encore cela ne prouverait-il pas d'une manière absolue le mode de développement que je combats. La substance corticale, en effet, est formée de plusieurs couches de différente nature. On ne peut les séparer les unes des autres; mais on les voit parfaitement. Cette stratification, dans laquelle Tiedemann aurait sans doute, s'il l'avait connue, trouvé un argument de plus, ne prouve rien cependant : cette disposition est propre à la substance grise et rien de semblable ne s'observe dans la substance blanche. Je démontrerai que, loin d'être exhalées les unes après les autres, ces couches sont toutes formées primitivement.

Objections que soulève l'opinion de Tiedemann. — Des objections difficiles à détruire se présentent d'ailleurs contre ce mode de développement du cerveau de dehors en dedans, et par couches successivement déposées à la surface.

1° Tout le monde s'accorde à reconnaître l'existence de la substance corticale quelques mois après la naissance.

Cependant le cerveau est loin d'avoir acquis encore tout son développement. La pie-mère continuera donc à exhaler de nouvelles couches à la surface, et cette substance corticale devra augmenter d'épaisseur; mais on n'observe rien de semblable. Ce n'est donc pas même après la naissance que cette couche devrait être formée, mais beaucoup plus tard, et au dernier terme du développement cérébral; ou bien il faudra admettre que l'accroissement du cerveau se fait de dehors en dedans pendant la vie fœtale, et de dedans en dehors après la naissance, ce qui serait contradictoire.

2° Le cerveau du fœtus est extrêmement vasculaire, et les vaisseaux sont même beaucoup plus nombreux au centre qu'à la circonférence. Si l'accroissement ne se faisait que par les surfaces, tous ces vaisseaux seraient inutiles pour la nutrition, ce qui n'est pas soutenable.

En résumé, pour établir solidement l'opinion de Tiedemann et de Desmoulins, il eût fallu : 1° prouver l'existence de ces couches que la pie-mère dépose successivement à la surface; 2° démontrer que la substance corticale n'existe pas dans le cerveau du fœtus. Or, rien de semblable n'a été fait.

Preuve directe de l'erreur dans laquelle sont tombés Reil, Tiedemann et Desmoulins quant au mode de formation du cerveau. — Tiedemann, comme on l'a vu, prétend que la couche corticale n'est déposée qu'après la naissance, et c'est là une conséquence rigoureuse de son opinion sur le mode de formation du cerveau. Ces deux faits sont si intimement liés, que l'erreur sur l'un d'eux détruit nécessairement l'autre.

Il suffirait, par exemple, de démontrer que la couche corticale existe dans le cerveau du fœtus, pour prouver que cet organe ne s'accroît pas de dehors en dedans et par couches successives. Or, j'ai dit plus haut comment,

dans la couche corticale du fœtus examinée par transparence, on peut constater l'existence d'une double ligne opaque suivant les contours des circonvolutions; j'ai montré comment ce fait suffit pour permettre d'affirmer, dès le cinquième ou sixième mois, que cette partie est bien réellement la future substance grise (1).

Il y a d'ailleurs dans les derniers mois de la vie fœtale, et surtout à la naissance, d'autres caractères auxquels on peut reconnaître la couche corticale; et c'est à tort, à mon avis, que Tiedemann a émis l'opinion contraire.

« J'ai disséqué nombre de fois, dit-il, des cerveaux frais, » soit de fœtus âgés de six sept, huit, neuf mois, soit » *d'enfants nouveau-nés*, pour me faire une idée juste du » rapport qui pouvait exister entre les différentes sub- » stances cérébrales, dans les différentes parties de » l'organe encéphalique. Le résultat constant de mes » recherches a été qu'il n'est pas possible d'établir de dis- » tinction entre la substance corticale et la substance » médullaire dans le cerveau du fœtus : toutes les parties » qui le constituent sont formées d'une substance homo- » gène et d'un blanc rougeâtre. »

Les caractères qui distinguent, à la naissance, par exemple, la couche corticale de la substance médullaire, sont les suivants :

1° *La couche corticale plus ferme forme une saillie plus ou moins marquée sur la substance médullaire plus molle.* — Si l'on coupe dans toute sa longueur et sur la ligne médiane un hémisphère du cerveau d'un enfant nouveau-né, on observe à l'extérieur une couche d'une ligne environ d'épaisseur qui forme sur la substance centrale une véritable saillie. Le relief de cette couche extérieure tient

(1) Voir le mémoire sur la couche corticale des circonvolutions du cerveau.

à l'affaissement de la substance sous-jacente, qui semble ne pas remplir encore complètement le demi-centre ovale de Vieussens. Cette disposition, que je n'ai vue mentionnée par aucun anatomiste, mérite d'être remarquée; elle ne peut s'expliquer que par la densité plus considérable de la couche extérieure.

2° *La substance corticale est très pâle, et la substance médullaire rougeâtre.* — J'ai dit que les auteurs, s'en tenant à la différence de couleur, avaient établi qu'on ne pouvait distinguer l'une de l'autre les deux substances dans le cerveau du *fœtus* ou de l'enfant nouveau-né : cette assertion est vraie pour les premiers temps de la vie fœtale mais non pour les derniers mois. A la naissance surtout, il est déjà possible d'établir une différence de coloration entre la substance grise et la substance blanche. Ce n'est pas qu'elles commencent à avoir l'une et l'autre la teinte qui leur est propre dans le cerveau de l'adulte ; mais au moins est-il certain qu'elles n'ont pas la même couleur. J'en trouverai la preuve chez les anatomistes même que j'ai cités. Voici comment s'expriment à ce sujet les frères Wensel : « Neonati medullam videbamus non » *albam* sed *rubescentem* vasorum suorum copiâ, corticem » vero *pallidissimum.* »

Sœmmerring a exprimé aussi clairement cette différence de couleur des deux substances : « Quumque infantium » cineritics *pallidior* sit, medullaque magis *rubeat.* » La *pâleur* de la couche corticale opposée à la *rougeur* de la substance médullaire est, en effet, facile à constater dans le dernier mois de la vie fœtale et à la naissance.

3° *La substance corticale dans le cerveau du fœtus est beaucoup moins vasculaire que la substance médullaire.* — C'est encore dans les mêmes auteurs que je chercherai des preuves à l'appui de cette proposition.

« La seule différence appréciable qui paraisse exister » dans le cerveau du fœtus entre les deux substances, si » faciles à distinguer l'une de l'autre chez l'adulte, con- » siste, dit Tiedemann, en ce que la couche extérieure, » celle qui fait l'office d'écorce, est plus molle, et peut- » être aussi *moins riche en vaisseaux* que la portion » intérieure. »

Dans ce passage, Tiedemann semble admettre l'existence de la couche corticale dans le cerveau du fœtus, ce qui est en contradiction avec le passage si précis déjà cité, et dans lequel il dit positivement que la couche corticale n'est déposée qu'après la naissance; il est encore en contradiction avec cet autre passage où il affirme que « le résultat constant de ses recherches a été qu'il n'est pas possible d'établir de distinction entre la substance corticale et la substance médullaire dans le cerveau du fœtus. »

Il est vrai qu'il met en doute cette différence de vascularité, et que, de plus, il la regarde comme la seule différence appréciable.

J'ai déja fait voir qu'il y a d'autres caractères distinctifs; mais celui-ci est beaucoup plus tranché que ne l'exprime Tiedemann. Quoique l'inspection simple suffise pour s'en assurer, on constatera beaucoup mieux encore cette différence de vascularité des deux substances en coupant une tranche très mince du cerveau et en l'examinant entre deux verres, par transparence, comme je l'ai déjà indiqué. On verra que la partie centrale de la circonvolution ou la future substance médullaire n'est presque formée que de vaisseaux; on pourra, au contraire, s'assurer qu'il y en a très peu dans la couche extérieure. Cette grande quantité de vaisseaux de la substance médullaire n'a point échappé aux frères Wensel; mais ils n'ont point remarqué ceux de la couche extérieure.

Voici ce qu'ils disent à ce sujet en parlant de plusieurs cerveaux de fœtus : « Horum cerebrorum interna pars, « sive nucleus, medulla futura, multis gaudet vasis san- « guiferis multoque sanguine. »

4° *La couche corticale dans le cerveau du fœtus, est moins transparente que la substance médullaire.* — En examinant la substance cérébrale entre deux verres, comme je l'ai dit plus haut, on constatera que la couche extérieure, quoique transparente, l'est beaucoup moins que la partie centrale.

Avant d'aller plus loin, je dois faire remarquer que la substance corticale, dans le cerveau de l'adulte, a, par rapport à la substance médullaire, des caractères diamétralement opposés à ceux que je viens d'indiquer.

La substance corticale, dans le cerveau de l'adulte, est, en effet, plus molle, plus colorée, beaucoup plus vasculaire et plus transparente que la substance médullaire, et c'est, comme on vient de le voir, tout le contraire dans le cerveau du fœtus ou de l'enfant nouveau-né.

En résumé :

1° Reil, Tiedemann et Desmoulins ont admis que le cerveau se développait par couches successives sécrétées par la pie-mère, d'où il résulterait que la surface de cet organe, comme celle d'un calcul urinaire, par exemple, changerait constamment jusqu'à son entier développement.

2° Cette opinion soulève plusieurs objections graves, et n'a point été démontrée ; mais surtout elle entraîne comme conséquence l'absence de la couche corticale dans le cerveau du fœtus, et même de l'enfant nouveau-né. Cette substance, étant la plus extérieure, doit en effet être sécrétée la dernière.

3° Contrairement à l'opinion de Tiedemann, on peut démontrer la couche corticale dans le cerveau du fœtus par l'existence d'une double ligne opaque suivant les contours

des circonvolutions, comme cela a lieu dans le cerveau des adultes.

4° Chez l'enfant nouveau-né, outre le caractère que je viens d'indiquer, la couche corticale peut encore être reconnue :

1° Au relief qu'elle forme;

2° A sa pâleur opposée à la rougeur de la substance sous-jacente;

3° A sa moindre vascularité.

4° A sa moindre transparence.

5° La couche corticale existant dans le cerveau du fœtus, et pouvant être reconnue au cinquième mois, on ne peut admettre que la surface des hémisphères cérébraux change continuellement par la sécrétion des couches successives; car, bien évidemment cette substance corticale, recouverte par de nouvelles couches, deviendrait centrale. L'opinion de Tiedemann sur le mode de développement du cerveau n'est donc pas admissible.

6° Tous les organes se développent de dedans en dehors par *intussusception*, et leur surface, une fois formée, s'accroît, mais ne cesse jamais d'être la surface.

Il en est de même pour le cerveau, car sa couche corticale a des caractères spéciaux qui permettent de reconnaître qu'elle reste extérieure pendant toute la durée du développement des hémisphères cérébraux.

Le cerveau s'accroît de dedans en dehors et par intussusception, comme tous les autres organes.

DEUXIÈME PARTIE

I

ESSAI SUR UNE CLASSIFICATION

DES

DIFFÉRENTS GENRES DE FOLIE

1853

L'aliénation mentale est la privation du libre arbitre par suite du développement incomplet ou d'une lésion de l'entendement.

Elle se divise en trois grandes classes :

L'*imbécillité*, caractérisée par le développement incomplet des facultés intellectuelles et morales.

La *folie*, affection cérébrale apyrétique, ordinairement de longue durée et dont le caractère principal est un désordre de l'entendement dont le malade n'a pas conscience ou qui l'entraîne à des actes que sa volonté est impuissante à réprimer.

La *démence*, caractérisée par un affaiblissement de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté, affaiblissement dont le malade n'a pas conscience.

Je laisserai dans ce travail tout ce qui a trait à l'imbécillité et à la démence, pour m'occuper exclusivement de la folie et rechercher quelles divisions principales il convient d'établir.

Rappelons d'abord l'état actuel de la science et en particulier la classification d'Esquirol, généralement adoptée aujourd'hui.

Pour Esquirol, les formes générales de la folie se résument dans les termes suivants et caractérisent cinq genres :

« 1° La *lypémanie* (mélancolie des anciens), délire sur un objet ou un petit nombre d'objets avec prédominance d'une passion triste et dépressive.

« 2° La *monomanie,* dans laquelle le délire est borné à un seul objet ou à un petit nombre d'objets, avec excitation et prédominance d'une passion gaie et expansive.

« 3° La *manie*, dans laquelle le délire s'étend sur toutes sortes d'objets et s'accompagne d'excitation.

« 4° La *démence,* dans laquelle les insensés déraisonnent, parce que les organes de la pensée ont perdu leur énergie et la force nécessaire pour remplir leurs fonctions.

« 5° L'*imbécillité* ou l'*idiotie,* dans laquelle les organes n'ont jamais été assez bien conformés pour que ceux qui en sont atteints puissent raisonner juste. » (Tome 1er, page 22.)

J'ai dit que je laisserais à part l'imbécillité et la démence, qui forment la première et la troisième division de l'aliénation mentale.

Les genres de folie, reconnus par Esquirol, se trouvent ainsi réduits à trois, mais Georget, l'un de ses élèves les plus distingués, crut devoir, sous le nom de *stupidité,* admettre une quatrième division. Georget définit la stupidité : l'absence accidentelle de la manifestation de la pen-

sée, soit que le malade n'ait pas d'idées, soit qu'il ne puisse les exprimer.

Ce quatrième genre a été généralement adopté et la plupart des médecins se servent aujourd'hui de la classification suivante :

Délire partiel	avec excitation et gaieté.	*Monomanie.*
	avec abattement et tristesse.	*Mélancolie.*
Délire général.		*Manie.*
Suspension de l'intelligence.		*Stupidité.*

On voit que dans cette classification le délire partiel forme deux genres : la monomalie et la mélancolie : le délire général, au contraire, n'en comprend qu'un seul, la manie. En outre, la stupidité ne rentre, ni dans le délire général, ni dans le délire partiel.

Les modifications que je crois devoir proposer à cette division sont les suivantes :

Les différents genres de folie se rangeraient sous deux titres :

1° Les délires avec lésion partielle de l'intelligence ;

2° Les délires avec lésion générale.

La première classe ne comprendrait qu'un genre : la *monomanie.*

La seconde classe en renfermerait deux : la *mélancolie* et la *manie.*

On obtiendrait ainsi le tableau suivant :

Délire avec lésion partielle.	*Monomanie.*
Délire avec lésion générale.	*Mélancolie.*
	Manie.

Si l'on compare ce tableau au précédent, on voit qu'il existe entre la division que je propose et celle généralement admise aujourd'hui deux différences principales :

1° La mélancolie passerait de la classe des délires partiels dans celle des délires avec lésion générale.

2° La stupidité cesserait de figurer comme un genre spécial et par suite il ne resterait plus que trois genres principaux de folie au lieu de quatre.

Ces changements peuvent-ils être justifiés et leur nécessité démontrée ? Je dis nécessité, car en fait de classification le mieux est souvent ennemi du bien, et je pense qu'on ne doit proposer de modifications qu'en s'appuyant sur des motifs graves.

On jugera, par les développements qui suivent, si les raisons qui m'ont déterminé sont suffisantes.

Et d'abord, on peut remarquer que j'ai ajouté aux mots *délire partiel*, *délire général*, le mot *lésion*.

Ce changement qui peut de prime abord paraître minime, n'est pas cependant, je crois, sans importance.

En y réfléchissant bien, en effet, il ne m'a pas semblé que les locutions de *délire partiel* et *délire général* fussent complétement rigoureuses et à l'abri de tout reproche, c'est ce que je vais d'abord essayer de démontrer.

Le mot *délire*, et à cet égard il ne saurait y avoir de doute, est ici synonyme de celui de *folie*. Hippocrate, on le sait, définit cette maladie un délire sans fièvre ; et quand on dit délire général ou délire partiel, c'est évidemment comme si l'on employait les mots *folie générale*, *folie partielle*.

Or peut-on dire que la folie est partielle ou générale ?

Pour décider cette question il est indispensable de chercher à se rendre compte de ce que c'est que la folie et en quoi consiste son phénomène radical.

Il y a dans la folie deux éléments très distincts ;

Le premier est un trouble, un désordre, une lésion de l'entendement.

Le second est la perte de conscience de ce trouble, de ce désordre, de cette lésion.

Prenons pour exemple un halluciné.

Nous trouvons d'abord l'hallucination, lésion de l'intelligence et de la sensibilité, constituant le premier élément; puis la conviction du malade que cette hallucination a réellement une cause dans le monde extérieur et qu'elle est le résultat d'une persécution, etc. C'est-à-dire, *perte* ou *absence de conscience*, que cette hallucination n'est qu'un symptôme de dérangement intellectuel. C'est le deuxième élément.

Quel est ici le phénomène principal?

La réponse est bien facile et ne peut soulever aucune objection.

Il est bien évident que ce n'est pas l'hallucination, c'est-à-dire la lésion de l'entendement. Car un homme, et les exemples n'en sont pas très rares, peut être halluciné sans être aliéné; cela arrive tant qu'il conserve la conscience de sa maladie jugée et appréciée par lui comme par le médecin lui-même.

Le phénomène radical, c'est donc la perte de conscience (1).

Or, la perte de conscience d'une lésion peut-elle être partielle ou générale?

(1) « Le symptôme essentiel de la folie, celui qui la caractérise et sans » lequel elle n'existerait pas, sur qui reposent les divisions en genres, » espèces et variétés, dépend d'une lésion des fonctions cérébrales; il consiste en des désordres intellectuels auxquels on a donné le nom de délire: il n'y a point de folie sans délire. » (Georget. *De la folie*, p. 75.)

C'est cette manière d'envisager la folie que je crois devoir combattre. Oui, c'est sur les désordres de l'intelligence que doivent reposer les divisions de la folie, mais ces désordres n'en sont point le caractère essentiel. Il est bien vrai qu'il n'y a pas de folie sans certains désordres intellectuels, mais les mêmes désordres peuvent exister sans folie. C'est dans l'appréciation exacte ou non de ces désordres qu'il faut chercher le phénomène radical de l'aliénation mentale. Il est là ou dans l'impuissance de la volonté. Georget ne fait d'ailleurs que reproduire ici l'opinion d'Esquirol qui définit la folie « une affection cérébrale ordinairement chronique sans fièvre *caractérisée* par des *désordres* de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté. »

Non, assurément. Ce qui peut s'étendre et se limiter, c'est la lésion mais non la perte de conscience.

Me fondant sur les raisons qui précèdent, je crois donc qu'il serait plus rigoureux de dire : délire avec *lésion* partielle, délire avec *lésion* générale.

Peut-être serait-on tenté de ne voir ici qu'un changement de mots; voici la preuve qu'il n'en est pas ainsi.

J'ai dit que la stupidité ne pouvait rentrer ni dans le délire général, ni dans le délire partiel; il répugnerait beaucoup, en effet, de dire de ces malades inertes et stupides qu'ils ont un délire général; il y aurait même là quelque chose de choquant; encore moins pourrait-on voir là un délire partiel. Mais si la stupidité n'est ni un délire général ni un délire partiel, elle est évidemment caractérisée par une lésion générale de l'intelligence, et comme le malade n'a pas conscience de cette lésion, on peut très facilement ranger la stupidité dans les délires avec lésion générale. On voit donc qu'il y a ici plus qu'une distinction de mots.

Ce que j'ai dit des folies par perte de conscience s'applique aussi à celles qui ont pour caractère principal l'impuissance de la volonté, et je crois inutile d'insister davantage sur ce point.

Les lésions des facultés intellectuelles et morales, outre qu'elles peuvent s'étendre ou se limiter, se présentent aussi avec des caractères très différents et souvent même opposés.

On comprend donc que c'est sur l'étendue ou le caractère de ces lésions que pourra être basée la classification des diverses formes de la folie dont le phénomène radical, la perte de conscience, restera toujours le même.

Si l'on passe en revue les lésions des facultés intellectuelles et morales dans la folie, on trouve que les principales sont :

1° Les conceptions délirantes ;

2° Les hallucinations;

3° Les impulsions insolites;

4° L'excitation de l'intelligence;

5° La dépression des facultés intellectuelles et morales.

En recherchant comment les lésions que je viens d'indiquer se groupent chez les différents malades, on reconnaît que quatre d'entre elles peuvent souvent se trouver réunies, mais qu'il en est deux qui s'excluent et n'existent jamais simultanément.

Un aliéné peut présenter des conceptions délirantes, des hallucinations, des impulsions insolites et de l'excitation.

Il peut offrir les trois premiers symptômes réunis à une dépression plus ou moins profonde des facultés intellectuelles et morales, mais ce qu'on ne peut trouver simultanément, c'est l'excitation et la dépression, deux états opposés qui s'excluent.

Je dis que ces états s'excluent, quoiqu'on les voie souvent se succéder chez le même malade.

La division des lésions de l'intelligence en lésions partielles et générales se présente donc naturellement.

Aux premières appartiennent les conceptions délirantes, les hallucinations et les impulsions insolites; aux secondes, l'excitation et la dépression.

Ces deux dernières offrent des degrés très variables d'intensité.

Depuis l'excitation maniaque la plus légère jusqu'au délire le plus aigu, il y a une foule de degrés et toute une échelle ascendante; de même depuis le simple embarras dans les idées, et l'obnubilation la plus légère de l'intelligence jusqu'à la stupeur la plus complète, on peut établir toute une échelle descendante et marquer des degrés aussi nombreux que pour l'excitation.

Mais dans l'un et l'autre cas, quelque peu intense que

soit le désordre, il porte toujours sur l'ensemble des facultés.

Il y a encore entre les lésions partielles et les lésions générales, cette différence capitale, savoir :

Que les premières restent souvent des lésions purement intellectuelles et morales et ne réagissent pas sur l'ensemble de l'organisation ;

Que les secondes au contraire s'étendent à l'ensemble des fonctions de relation, et se font sentir jusque sur les fonctions de nutrition.

L'excitation des facultés intellectuelles et morales s'accompagne d'une activité musculaire très grande, de loquacité, d'insomnie, de modifications nombreuses dans la sensibilité, etc.

De même, sous l'influence de la dépression de l'intelligence, on voit toute énergie musculaire disparaître, la voix se casser, les extrémités se refroidir, la sensibilité devenir obtuse, et bientôt même, les excrétions être involontaires, etc.

Rien de semblable n'a lieu chez l'aliéné qui présente à l'état de lésions partielles, soit une ou plusieurs conceptions délirantes, soit des hallucinations, soit des impulsions insolites; ou même chez celui qui offre réunis ces trois ordres de symptômes. Il faut ajouter que toutes ces lésions partielles ou générales peuvent rigoureusement exister sans délire, et cela arrive tant que le malade conserve la conscience de son état et maîtrise ses impulsions.

On a vu qu'il n'est pas très rare de rencontrer des hallucinés appréciant leurs hallucinations pour ce qu'elles sont. J'ajoute qu'il en est de même pour les conceptions délirantes et les impulsions insolites.

La dépression de l'intelligence, alors même qu'elle réagit sur tout l'organisme, se présente quelquefois, et j'en ai

vu plusieurs exemples, sans que le malade perde un instant la conscience de son état et se livre à aucun acte déraisonnable.

Quant à l'excitation, le malade au début en a souvent conscience, mais il est rare qu'il parvienne à maîtriser les impulsions dont cette excitation s'accompagne.

En résumé, la base de toute division, pour les différentes formes de la folie, me paraît être la distinction des lésions en partielles ou générales. C'est en m'appuyant sur cette base qu'il me paraît possible de diviser la folie en trois grands genres principaux.

Le premier comprendrait toutes les lésions partielles; le second renfermerait tous les malades chez lesquels l'excitation générale des facultés est le symptôme prédominant; le troisième a pour caractère principal la dépression des facultés intellectuelles et morales.

PREMIER GENRE. — *Monomanie.*

La monomanie renferme tous les délires avec lésions partielles sans exception; ses symptômes principaux sont des conceptions délirantes, des hallucinations, des impulsions insolites, qui peuvent se rencontrer isolées, ou réunies.

Ce qui distingue la monomanie, c'est non seulement le peu d'étendue du délire, mais encore la lucidité, la netteté des idées et l'exercice en apparence normal des fonctions intellectuelles.

« Les monomaniaques, dit Esquirol, hors de leur délire partiel, sentent, raisonnent, agissent comme tout le monde. » (Tome II, p. 1.)

« Ils conservent plus ou moins, dit Guislain, le masque et le geste de l'homme normal; ils ont le souvenir le plus intact; ils savent compter, calculer; ils apprécient ce qui

est juste et ce qui est injuste; ils jugent des événements; ils peuvent jusqu'à un certain point se conduire convenablement dans le monde, quelquefois même gérer leurs affaires. » (Tome 1er, p. 277.)

Les monomaniaques n'ont donc ni excitation, ni dépression habituelles des facultés intellectuelles et morales. Je dis habituelles, parce que les monomanes ont tous accidentellement de l'excitation, des moments d'emportement, de violence même, lorsque l'on contrarie leurs idées; mais tout cela ne saurait être confondu avec l'excitation, comme automatique, du maniaque. Tout le monde sait que les monomanes peuvent rester plus ou moins longtemps sans laisser soupçonner leur délire, que leur conversation est suivie et que souvent même rien dans leur extérieur ne dénote la lésion partielle de leur intelligence. Ils ont, pour rappeler les expressions de M. Guislain, le geste et le masque de l'homme normal.

Rien de semblable chez le malade qui vit dans un état habituel d'excitation ou de dépression. Ici les symptômes apparaissent à tous les yeux. La loquacité incohérente du maniaque, l'animation de sa physionomie, le surcroît d'activité qui le domine et l'entraîne, frappent les moins clairvoyants; l'inertie du mélancolique, le relâchement de ses traits, son mutisme, la lenteur de ses réponses sont des symptômes trop faciles à constater pour qu'aucune confusion soit possible.

La monomanie est d'ailleurs le véritable type de la folie: c'est ici, en effet, que la maladie s'éloigne le plus de tous les états pathologiques connus.

L'excitation du maniaque, en s'aggravant, conduit par des nuances insensibles au délire aigu qui a la plus grande analogie avec le délire fébrile.

Que l'inertie du mélancolique devienne plus profonde,

et le malade tombe dans la stupeur, qui, comme expression symptomatique, trouve dans le cadre nosologique beaucoup d'états qui peuvent lui être comparés.

La monomanie seule ne ressemble à rien qu'à elle-même. Assemblage bizarre de délire et de raison ; désordre limité qui, moins qu'aucun autre, semble se rattacher aux lésions dites organiques, la monomanie, je le répète, est le véritable type de la folie.

Deuxième genre. — *Manie.*

La manie est caractérisée par une surexcitation générale et permanente des facultés intellectuelles et morales. Elle se traduit au dehors par les symptômes les plus tranchés : l'altération des traits, le désordre des vêtements, les cris, les emportements, les actes de violence, le bouleversement des idées qui se succèdent sans ordre et sans suite. Ces symptômes ont fait de tout temps considérer le maniaque comme le véritable aliéné par les personnes étrangères aux études médicales, mais je viens de dire pourquoi il ne saurait en être ainsi pour le médecin.

« La manie se distingue par une excitation nerveuse ou un agitation extrême portée quelquefois jusqu'à la fureur, et par un délire général plus ou moins marqué ; quelquefois avec les jugements les plus extravagants ou même un bouleversement complet de toutes les opérations de l'entendement. » (Pinel, p. 139.)

« Dans la manie, dit Esquirol, tout annonce l'effort, la violence, l'énergie ; tout est désordre, perturbation, et le défaut d'harmonie est ce qu'il y a de plus saillant dans le délire des maniaques. » (Tome II, p. 147.)

Les caractères pathognomoniques de la manie sont, d'après M. Guislain, l'exagération, l'exaltation, l'agitation,

les passions agressives. Cette maladie, dit-il, porte généralement avec elle la pétulance, la force, la puissance.

Rien d'ailleurs de plus varié que les formes de la manie, cette maladie offrant, depuis la simple excitation maniaque jusqu'au délire aigu, une foule de nuances et de degrés.

Ce qui rend le diagnostic facile dans tous les cas, c'est que la suractivité des fonctions cérébrales, qui caractérise essentiellement la manie, se traduit toujours à l'extérieur, tantôt par une loquacité continuelle et la répétition monotone et comme automatique de certaines phrases, tantôt par un délire général avec agitation, tantôt enfin par de la taciturnité, mais toujours avec agitation, désordres nombreux dans les actes et surtout alors de la violence.

Le maniaque peut, il est vrai, être pour ainsi dire rendu raisonnable pendant quelques instants, si l'on sollicite vivement son attention, mais, abandonné à lui-même, il reprend bien vite le cours de ses divagations, entraîné par une force intérieure qui le domine.

La manie ne saurait donc être confondue avec la monomanie : dans la première, l'excitation est habituelle et automatique ; dans l'autre, elle est passagère et motivée.

La suractivité des fonctions cérébrales entraîne aussi le trouble des fonctions de nutrition; le malade maigrit, est plus ou moins privé de sommeil, la constipation est souvent très forte, etc.

Troisième genre. — *Mélancolie.*

Les caractères ici sont tout à fait opposés à ceux de la manie. Le mélancolique est abattu, il passe sa journée à la même place, dans un état d'inertie. Tout effort physique et intellectuel, si léger qu'il soit, lui devient pénible ; ses

mouvements sont lents comme ses idées. Tantôt il est opprimé par une tristesse sans motif, tantôt au contraire il ne peut détourner sa pensée de conceptions délirantes de la nature la plus pénible.

Bien différent du monomane, auquel l'activité de son esprit permet, pour peu qu'il y soit sollicité, d'abandonner momentanément ses idées chimériques pour s'occuper de tout autre point, le mélancolique ne peut détourner sa pensée des idées qui l'obsèdent. Son intelligence, comme son corps, est dans un état de détente et de passivité, et il ne faudrait pas, chez lui comme chez le monomane, prendre le refus de répondre pour de l'obstination, car c'est de l'impuissance. Cela est surtout vrai quand la maladie s'aggrave : alors les idées s'obscurcissent et il se produit un véritable état de stupeur. Comme je l'ai déjà dit, l'engourdissement de l'intelligence s'étend à tout l'organisme, la voix s'éteint, la circulation languit, les extrémités se refroidissent, les sphincters se paralysent, et les excrétions deviennent involontaires.

Telles sont les trois grandes divisions qu'il me paraît possible d'établir dans la folie. Chacune d'elles offre des caractères tranchés qui la distinguent nettement des deux autres. Il me reste à justifier le changement que cette classification apporterait aux idées actuellement admises.

J'emploie, comme on l'a vu, le mot de mélancolie pour renfermer tous les cas de dépression des facultés intellectuelles et morales, et par conséquent elle aurait pour symtôme principal une lésion générale de l'intelligence; or, jusqu'à présent, le mot mélancolie a eu une tout autre signification. Elle n'a été considérée que comme une division de la monomanie. Elle constituait la monomanie triste par opposition à la monomanie gaie; le mélancolique était avant tout un monomaniaque, c'est-à-dire un homme qui,

à part ses quelques conceptions délirantes, avait l'intelligence nette et lucide dans son ensemble, qui pouvait prendre part à la conversation, gérer jusqu'à un certain point ses affaires, etc. L'abattement, la prostration n'étaient même pas l'accompagnement nécessaire de cet état ; car il y a, d'après Esquirol, de nombreux mélancoliques qui se distinguent au contraire par une grande activité. « Ils sont, » dit-il, toujours en mouvement, à la recherche de leurs » ennemis et des causes de leurs souffrances. Ils racon- » tent sans cesse et à tout venant leurs maux, leurs crain- » tes, leur désespoir. »

Quant aux mélancoliques qui restent immobiles et concentrés en eux-mêmes, on a représenté avec raison leur esprit comme fortement tendu sur une série d'idées fixes. Leur silence est le résultat de l'obstination, et tout indique chez ces malades une grande activité d'esprit.

Il y a donc une différence capitale entre cette mélancolie et celle dont j'ai indiqué plus haut les différents caractères. C'est l'activité dans un cas et l'inertie dans l'autre; la puissance et la faiblesse, la lucidité d'esprit à côté de l'obnulation des idées, enfin la lésion partielle à côté du trouble général.

Je ne me dissimule pas tout ce qu'il y a de grave à tenter de détourner ainsi le mot mélancolie de la signification qu'il a eue jusqu'à présent. Je ne m'y suis point déterminé à la légère, et il me reste à essayer de prouver que le mot mélancolie, dans l'état actuel de la science, doit être employé dans le sens que je viens d'indiquer ou être supprimé. La preuve de ce fait ressortira surtout de l'histoire de la dépression intellectuelle que je vais essayer de tracer aussi brièvement que possible.

Pinel confondait sous la même dénomination, celle d'idiotisme, la dépression de l'intelligence, son absence

congéniale, et enfin son oblitération incurable après l'entier développement des facultés.

Cependant ce grand observateur avait déjà assigné, au milieu de cette confusion, une place à part au degré le plus extrême de la dépression de l'intelligence.

Il décrit un idiotisme accidentel survenant brusquement à la suite d'émotions morales tristes, et qui se termine souvent par un accès de manie.

C'est à Esquirol que revient l'honneur d'avoir nettement débrouillé ce chaos. Il a réservé le mot idiotie pour l'absence congéniale de l'intelligence, et restitué à la démence beaucoup de cas d'oblitération incurable des facultés qui étaient aussi compris par Pinel dans la classe de l'idiotisme.

Enfin, sous le nom de démence aiguë, il a plus nettement distingué le degré extrême de la dépression de l'intelligence.

Plus tard, comme je l'ai dit plus haut, Georget, considérant que l'abolition incurable des facultés différait complétement de leur simple dépression, substitua à la dénomination de *démence aiguë*, celle de *stupidité*.

On voit donc que le degré extrême de la dépression des facultés, le seul qui eût encore été observé, a successivement porté les noms d'*idiotisme accidentel*, de *démence aiguë*, et enfin de *stupidité*.

Cette dernière dénomination a été conservée par M. Étoc Desmazy, qui, dans son excellent travail sur ce sujet, a présenté la dépression extrême de l'intelligence non comme une forme spéciale de la folie, mais comme une complition de la monomanie et de la manie.

Tel est en peu de mots ce qu'on pourrait appeler la première phase de l'histoire de la dépression de l'intelligence. La seconde a commencé le jour où l'on a essayé

d'établir un rapport étroit entre ce qu'on appelait la stupidité et le délire mélancolique. Des faits nombreux témoignent aujourd'hui de la réalité de ce rapport.

Lorsque je publiai, en 1843, les premières observations de ce genre, je les désignai sous la dénomination de *mélancolie avec stupeur*. Depuis lors, M. Delasiauve a recueilli beaucoup de faits du même genre, et a proposé les mots de *stupeur mélancolique*. Enfin M. Sauze, médecin adjoint de l'asile de Marseille, a créé une variété spéciale de stupidité, la *stupidité mixte*, laquelle, pour rappeler ses expressions, est comme la transition naturelle de la stupidité à la mélancolie, et présente à la fois les symptômes de ces deux affections. (Page 95.)

Je crois qu'il est inexact de dire que la transition a lieu de la stupidité à la mélancolie; c'est au contraire de la mélancolie à la stupidité. La preuve, c'est que M. Sauze constate dans un autre point de son travail (page 53) que le plus souvent c'est à la mélancolie que la stupidité succède. A part cette dissidence de détail, résultat évidemment d'une inadvertance, les dénominations de *mélancolie avec stupeur*, de *stupeur mélancolique* et de *stupidité mixte*, consacrent le même fait, à savoir le lien qui unit étroitement deux ordres de symptômes jusque-là séparés, la stupeur et le délire mélancolique.

Si je me borne à citer mes propres observations, corroborées plus tard par celles de MM. Delasiauve et Sauze, ce n'est pas que d'autres médecins n'aient adopté depuis la même opinion.

Je citerai entres autres MM. Renaudin et Aubanel, placés tous les deux à la tête de grands asiles et connus dans la science par d'excellents travaux.

Sous le titre de lypémanie stupide, M. Renaudin a décrit l'état que j'ai moi-même désigné par la dénomination de

mélancolie avec stupeur. Je ne crois pas devoir reproduire ici le passage si remarquable dans lequel ce médecin distingué étudie la dépression de l'intelligence dans les conditions ordinaires de la vie; les mêmes idées ont d'ailleurs été plus récemment exprimées par M. Sauze dans sa thèse. Après avoir fait remarquer avec raison que les causes morales auxquelles succède la stupidité sont le plus souvent de *nature triste*, comme s'il devait, dit-il, y avoir un rapport entre la cause et la *nature de la maladie*; après avoir montré que la stupidité est ordinairement produite par la nostalgie et les chagrins de toutes sortes, la misère, M. Sauze poursuit ainsi : « Ne peut-on pas s'expliquer jusqu'à un certain point cette prédominance des causes morales dépressives dans la production de la stupidité? Dans l'état physiologique, en l'absence de toute lésion de l'intellect, nous voyons, sous l'influence des émotions tristes et pénibles, le moral tomber dans une sorte d'abattement assez analogue à l'état de l'aliéné stupide; une forte frayeur donne à la physionomie un aspect particulier de stupeur. L'homme éprouvé par les peines et les chagrins est inactif, apathique. Que l'action de ces causes se prolonge, le moral finira par être épuisé et ne sera plus à même de résister à ces causes d'oppression permanente. L'organisme, n'étant plus excité par le moral, finira par tomber dans l'engourdissement, la stupeur générale augmentera, les fonctions digestives deviendront languissantes, et la circulation lente et inactive. »

Tout cela est de la plus rigoureuse exactitude, et nous ferons surtout remarquer ici le rapport signalé par M. Sauze, entre les causes morales tristes et la nature de la maladie.

M. Aubanel a été plus explicite encore que son élève. Pour lui, la stupidité est une forme de mélancolie profonde.

Voilà donc la stupidité, c'est-à-dire la dépression extrême des facultés, rattachée à la mélancolie. Mais la stupidité, comme nous l'avons dit à diverses reprises, n'est que le degré extrême de la dépression des facultés. Il restait à l'étudier dans les cas légers ou d'une intensité moyenne, car, pour la dépression comme pour l'excitation, il y a une foule de degrés intermédiaires. Ce sont ces faits que j'ai aussi signalés dans mon travail publié en 1843, et dont j'ai cité quelques exemples.

Ce sont eux qui me faisaient alors regarder la stupidité dans la plupart des cas comme le plus haut degré d'une variété de la mélancolie. Pour ces cas légers ou de moyenne intensité, la nature mélancolique de la maladie ne saurait être mise en doute. La stupeur étant moindre, les manifestations intellectuelles persistent et laissent voir la nature triste des idées. C'est alors aussi qu'ont lieu fréquemment des tentatives de suicide.

Les observateurs qui ont si bien décrit toutes les nuances de l'excitation n'ont pas étudié aussi bien celles de la dépression, c'est-à-dire la lenteur et la brièveté des réponses, l'obnulation légère des idées, qui constituent une lésion aussi réellement générale que l'excitation elle-même.

En remontant les différents degrés de cette dépression, on serait arrivé à la stupidité. On a suivi la marche opposée, et c'est après avoir constaté les rapports de ce degré extrême de la maladie avec la mélancolie qu'on est descendu aux cas légers ou de moyenne intensité.

Depuis que l'attention a été fixée sur l'existence d'une lésion générale de l'intelligence chez les mélancoliques, on a signalé des difficultés de diagnostic, chez beaucoup de malades qu'on était embarrassé de classer, soit parmi les mélancoliques, soit parmi les stupides. « Il est des cas, dit « M. Sauze, où le diagnostic est difficile et incertain, et

» dans lesquels on hésite à rattacher les sympômes observés » soit à la mélancolie, soit à la stupeur. » M. Delasiauve avait déjà indiqué le même fait. « L'esprit hésite, dit » M. Delasiauve, à se prononcer sur la nature des symp- » tômes. » Et il se demande si ceux-ci appartiennent à la mélancolie ou à la stupidité.

La question me semble facile à trancher. La mélancolie, si l'on conserve à ce mot le sens qu'il a encore dans la science, est essentiellement un délire partiel. Le mélancolique est avant tout un monomaniaque qui, en dehors de ses conceptions délirantes, a l'intelligence nette et lucide ; le malade, s'il y consentait, pourrait toujours, comme le fait remarquer avec raison M. Delasiauve, prendre part à une conversation suivie. Or, dans tous les cas qu'on trouve embarrassants, on constate l'obnulation des idées et une dépression très marquée de l'intelligence ; en même temps, l'expression de la physionomie dénote une tristesse plus ou moins grande.

En présence d'une lésion générale si tranchée de l'intelligence, est-il permis d'hésiter ? Non, assurément, ces malades ne sont pas des mélancoliques, puisque la mélancolie n'est qu'une lésion partielle des facultés.

Est-il besoin cependant de dire que jusqu'à présent, à l'exception de MM. Delasiauve et Sauze, personne n'a hésité. On a surtout vu chez ces malades l'abattement, la tristesse, les conceptions délirantes et les hallucinations de nature mélancolique, et l'on a rattaché tous ces cas à la mélancolie.

On méconnaissait l'obtusion des facultés ou l'on n'en tenait pas compte. Ces cas sont, en effet, très nombreux, et les faits de stupidité étaient, au contraire, regardés comme rares. J'en citerai une preuve dont la valeur ne saurait être mise en deute. M. Etoc Desmazy, après avoir

passé toute une année à Bicêtre dans un service de 800 malades, recherchant avec soin la stupidité, déclare n'en avoir rencontré qu'un seul exemple ! (Page 44.)

Comment étaient donc classés ces nombreux malades chez lesquels la dépression des facultés se présente à des degrés si variés ? A cet égard, aucun doute n'est possible. Ces malades pour lesquels on hésite entre la mélancolie et la stupidité étaient tous sans exception regardés comme des mélancoliques. Aujourd'hui encore l'obtusion des facultés est méconnue par les observateurs dont l'attention a cependant été éveillée sur ce point. Chose singulière, M. Delasiauve lui-même, dans un mémoire destiné à séparer nettement la mélancolie de la stupidité, est tombé dans cette erreur. Sur huit observations, il y en a trois au moins dans lesquelles il n'a été tenu aucun compte de la lésion générale de l'intelligence et qui continuent à figurer sous le titre de mélancolie considérée comme lésion partielle.

Les observations III et V sont surtout remarquables sous ce rapport.

Le premier malade (observation III) « met assez de bonne volonté à répondre, dit M. Delasiauve, mais en raison de la *confusion de ses idées*, on n'obtient de lui que des renseignements vagues et peu précis. On est d'abord assez embarrassé pour déterminer la cause de son mal. La marche ultérieure des accidents ne tarde pas à dissiper le doute. Cette sorte d'indifférence, intermédiaire entre la lypémanie et la stupidité, n'était en effet, qu'une rémission de symptômes mieux caractérisés. B... tombe par intervalles dans des accès d'une mélancolie profonde. Souvent il reste pendant des semaines et des mois entiers sans proférer une parole. En cet état, il lui arrive parfois de refuser obstinément toute nourriture. Sa figure est tantôt désespérée, tantôt sinistre. »

Qui donc pourrait admettre que ce malade, dont les idées étaient confuses et dont on ne pouvait obtenir que de vagues renseignements, recouvrait toute sa lucidité d'esprit au milieu de ces accès de mélancolie profonde, alors qu'il restait des semaines et des mois entiers sans proférer une parole ? Est-ce là, je le demande, le mélancolique lucide et capable de suivre une conversation, et n'est-il pas évident que l'intelligence est ici lésée dans son entier?

Et cependant ce fait est cité ici par M. Delasiauve comme un cas de mélancolie pure, et en opposition avec les observations de stupeur mélancolique et de stupidité.

L'observation V n'est pas moins curieuse. « La physionomie du malade est abattue et chagrine, dit M. Delasiauve, il cause difficilement sans doute, mais sans trop de résistance. Sa tête semble *un chaos d'où la pensée a peine à se dégager*. Plus tard, il est atteint d'une taciturnité presque invincible. On n'obtient qu'à force d'insistance et souvent d'intimidation qu'il boive et qu'il mange. »

Personne, assurément, ne supposera que ce malade, dont la tête semble être un chaos, soit tout à coup devenu un monomaniaque lucide en tombant dans cette taciturnité que rien ne pouvait vaincre.

La dénomination de mélancolie appliquée à de tels malades est un véritable contresens ; car la lésion de l'intelligence est évidemment générale.

En résumé, me fondant sur tous les faits qui précèdent, je crois pouvoir affirmer que la dépression de l'intelligence a été méconnue chez un très grand nombre de malades désignés sous le nom de mélancoliques; dénomination essentiellement fausse, car le mot est en désaccord avec la chose.

Pour tous ces cas, on se trouve donc dans la nécessité

ou de changer la signification du mot mélancolie, pour le mettre en rapport avec l'état réel des malades, ou bien de faire sortir tous ces mêmes malades du cadre des mélancoliques.

Si l'on prenait ainsi le parti de restreindre le nombre de ces malades, bien d'autres retranchements du même genre devraient encore être opérés.

Tous les auteurs ont signalé une espèce de mélancolie qui succède à la manie; et les asiles d'aliénés offrent de nombreux exemples de ce genre. Or, tous ces faits devront encore sortir du cadre de la mélancolie, car ce qui succède à la manie, c'est-à-dire à l'excitation des facultés intellectuelles et morales, c'est la dépression de ces mêmes facultés. Ces prétendus mélancoliques ne sauraient être assimilés aux monomaniaques jouissant non seulement d'une grande lucidité d'esprit, mais du pouvoir de se livrer, jusqu'à un certain point, à des travaux intellectuels.

Dans la mélancolie qui succède à la manie, le symptôme dominant est surtout une sorte de paralysie des forces intellectuelles et morales qui ôte au malade non seulement la volonté, mais le pouvoir de tout effort.

Voilà donc encore toute une série de mélancoliques qu'il faudra retrancher, si la mélancolie n'est qu'une variété de la monomanie.

Il me reste à examiner, après tous ces retranchements opérés, quels seraient alors les véritables mélancoliques.

Il n'y aurait plus guère que ceux dont Esquirol a fait une classe spéciale et que j'ai déjà signalés plus haut.

Ces mélancoliques ne sont ni prostrés, ni abattus; leurs forces intellectuelles persistent, il n'y a chez eux nulle confusion dans les idées. « Ces malades, dit Esquirol, sont » toujours en mouvement, à la recherches de leurs ennemis, » des causes de leurs souffrances; ils racontent sans cesse

» et à tout venant leurs maux, leurs craintes, leur désespoir. »

Ici, en effet, la lésion de l'intelligence est toute partielle; mais, je le demande de bonne foi, est-il besoin d'une dénomination spéciale pour désigner ces monomaniaques? En quoi diffèrent-ils des autres?

Expliquons d'ailleurs comment, si cette distinction pouvait avoir autrefois quelque fondement, elle n'en a plus aujourd'hui.

Pour Esquirol, la monomanie, c'était le délire partiel, gai; la mélancolie, le délire partiel, triste. Mais la monomanie gaie disparaît peu à peu complètement, depuis que le début de la paralysie générale a été mieux étudié. C'est une remarque qu'a déjà faite M. Calmeil et que confirme l'observation de chaque jour.

Chez les monomaniaques, dit Esquirol, les passions sont exaltées et expansives; ayant le sentiment d'un état de santé parfaite et inaltérable, d'une force musculaire augmentée, d'un bien-être général, ces malades saisissent le bon côté des choses; satisfaits d'eux-mêmes, ils sont contents des autres; ils sont heureux, joyeux, communicatifs; ils chantent, rient, dansent; dominés par l'orgueil, la vanité, l'amour-propre, ils se complaisent dans leurs pensées de grandeur, de puissance, de richesse; ils sont actifs, pétulants, d'une loquacité intarissable, parlant sans cesse de leur félicité, etc. » (Esquirol, t. II, p. 6.)

Ces monomaniaques, nous les retrouvons tous les jours, mais avec un peu de tremblement des lèvres, des modifications de la sensibilité qui dénotent un commencement de paralysie générale. Il est facile aussi le plus souvent de constater des signes de démence

A part ces cas, qu'il n'est plus possible de rattacher à

la monomanie, les autres pourraient le plus souvent presque indifféremment recevoir les dénominations de monomanie ou de mélancolie.

Plusieurs des observations d'Esquirol témoignent de cette similitude d'affection. En conservant les deux dénominations de monomanie et de mélancolie, il sera véritablement dans ces conditions impossible d'établir entre elles aucune différence.

Il résulte de ce qui précède :

1° Que pour un grand nombre de cas, le mot mélancolie ne peut plus être employé, les malades ayant, comme je crois l'avoir démontré, une lésion générale de l'intelligence.

2° Pour les autres cas, le mot mélancolie devient tout à fait synonyme de monomanie, et non seulement alors ce mot devient inutile, mais il consacre une erreur, en faisant croire entre les monomaniaques et les mélancoliques à des différences qui n'existent point en réalité.

Tels sont les arguments sur lesquels je crois pouvoir m'appuyer pour proposer :

1° D'appliquer le mot de monomanie à tous les cas sans exception de délire avec lésions partielles de l'intelligence.

2° De réserver la dénomination de mélancolie pour tous les cas de dépression des facultés intellectuelles et morales, d'où il résulterait que ce mot, au lieu de l'idée d'une lésion partielle, impliquerait désormais l'existence d'une lésion générale.

II

DE

LÉTAT DÉSIGNÉ CHEZ LES ALIÉNÉS

SOUS LE NOM DE STUPIDITÉ

1843

Georget a donné le nom de stupidité à un genre particulier de folie que Pinel confondait avec l'idiotisme, et qu'Esquirol avait indiqué comme une variété de la démence (démence aiguë).

La stupidité, d'après Georget, est caractérisée par l'absence accidentelle de la manifestation de la pensée, soit que le malade n'ait pas d'idées, soit qu'il ne puisse les exprimer.

La suspension de l'intelligence, ou bien l'embarras, la confusion dans les idées, une sorte de faiblesse d'esprit qui empêche de les rassembler, sont les symptômes qu'il a assignés à ce nouveau genre de folie.

M. Étoc, qui a publié en 1833 une très bonne Monographie sur ce sujet, reconnaît avec Georget que la stupidité a pour caractère principal la suspension ou l'embarras de l'intelligence. « Les facultés intellectuelles, dit-il, sont affaiblies ou même entièrement suspendues : les impressions sont rarement perçues distinctement. La plupart des malades voient confusément les objets qui les entourent;

l'ouïe est faible; les excitants les plus actifs appliqués sur la peau et portés sur les narines ne sont pas sentis ou causent à peine une légère sensation de chatouillement qui n'a rien de douloureux. Quelques uns n'ont plus d'idées; chez d'autres, elles arrivent en foule, mais vagues, confuses, comme à travers un nuage. Ils ne souffrent pas.

» La faculté de comparer les perceptions, le jugement, est languissant ou aboli comme elles. Les uns ne se rendent pas compte de ce qui se passe autour d'eux: ils ne peuvent débrouiller leurs idées pour parler; d'autres ne pensent plus.

» La mémoire, qui reçoit aussi ses matériaux des perceptions, est obscure et affaiblie, etc. »

Tels sont les symptômes de la stupidité d'après M. Étoc. A part les détails ce sont à peu près les mêmes qu'avait déjà indiqués Georget.

L'opinion de ces auteurs, sur l'état intellectuel des aliénés stupides, a été adoptée par plusieurs manigraphes, et entre autres par M. Ferrus, qui définit la stupidité, « l'abolition au plutôt la suspension rapide, apyrétique et curable de toutes les facultés cérébrales (1). »

M. Étoc n'admet point avec Georget que la stupidité soit un genre particulier de folie.

« Si la diminution ou la suspension accidentelle des facultés suffisait, dit-il, pour caractériser l'aliénation, il faudrait aussi faire entrer dans cette formule symptomatique la stupeur de la fièvre typhoïde, l'engourdissement, l'hébétude de l'apoplectique, l'insensibilité et l'immobilité du cataleptique. »

Tout cela est évident; la suspension ou l'affaiblissement

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1838. Leçons cliniques sur les maladies mentales.

de l'intelligence ne peuvent à eux seuls constituer la folie.

Qu'est-ce donc que la stupidité ?

Pour résoudre cette question, M. Étoc a recherché de quelles lésions anatomiques pouvait dépendre cette suspension ou cet affaiblissement de l'exercice intellectuel. Il a trouvé qu'ils étaient le résultat de l'œdème du cerveau.

Les symptômes de la stupidité, comme ceux de l'hydrocéphale, sont donc l'effet d'une compression mécanique. M. Étoc explique d'ailleurs parfaitement, par le mode différent de compression, pourquoi les symptômes de la stupidité et de l'hydrocéphale ne sont pas identiquement les mêmes.

Si l'œdème de la substance cérébrale n'avait été observé que chez des personnes saines d'esprit, il n'y aurait rien de plus à rechercher; mais c'est au contraire chez des aliénés qu'il a été rencontré.

Il restait dès lors à examiner ce que devenait le délire de ces malades ; comment il était modifié par cette compression de la substance cérébrale. C'est ce qu'a fait M. Étoc en étudiant l'influence de la stupidité (c'est-à-dire l'œdème du cerveau) sur le délire des aliénés. Voici ce qu'il dit à ce sujet :

« Les symptômes présentent quelques variétés selon le genre d'aliénation avec lequel ils existent chez le même individu.

» Les maniaques agités deviennent calmes ; leur délire continue, mais il est taciturne; ils murmurent lentement quelques mots incohérents.

» Chez les monomaniaques, la stupidité ajoute encore à leur immobilité ordinaire, à leur indifférence pour les choses étrangères aux idées qui dominent dans leur pensée. Quelquefois leur attention paraît recouvrer la faculté

de se fixer sur l'objet de leur délire; ils semblent faire des efforts pour rompre le lien qui arrête leur intelligence; ils laissent échapper quelques mots, et retombent dans leur inertie habituelle.

» Les hallucinations et les erreurs de jugement persistent, mais elles sont confuses et comme voilées; leur manifestation est moins évidente, etc. »

L'œdème du cerveau a donc chez les aliénés les mêmes effets que chez les sujets sains d'esprit. Dans les deux cas, il suspend ou affaiblit l'exercice intellectuel; il rend les perceptions moins nettes, mais il ne fait rien de plus.

La conséquence tirée par M. Étoc de tout ce qui précède est la suivante :

La stupidité, n'ayant pour effet que la suspension ou l'embarras des idées, ne peut être regardée comme un genre particulier de folie. Ce n'est donc qu'une complication, ou, si l'on veut, « un accident qui, comme la paralysie, peut s'ajouter à la folie et à toute autre maladie; mais ce n'est point une partie intégrante du groupe des symptômes appelé aliénation mentale. »

Cet accident pouvant compliquer les diverses variétés de monomanie ou de manie, on est conduit à cette autre conséquence :

Que « le délire des aliénés stupides n'a aucun caractère qui lui soit propre, et qu'il peut et doit présenter, chez les différents malades, les caractères les plus opposés. »

Tel est en résumé l'état de la question.

Les observations que j'ai recueillies ne me permettent point d'adopter l'opinion de Georget, de MM. Étoc et Ferrus sur l'état intellectuel des aliénés pendant la durée de la stupidité.

Je n'ai rencontré aucun malade dont l'intelligence ait été suspendue.

Chez tous ceux que j'ai interrogés, l'exercice intellectuel avait continué malgré l'embarras des idées, et le délire offrait constamment les mêmes caractères.

Ce délire était dans tous les cas de nature triste et souvent accompagné d'idées de suicide.

Ce qu'on a dósigné sous le nom de stupidité n'est donc, à mon avis, qu'une forme spéciale de la mélancolie et non un accident compliquant indifféremment toutes les variétés de la folie ; c'est ce que me paraissent démontrer les observations suivantes :

Observation première.

Tentatives de suicide ; délire mélancolique ; hallucinations de la vue, de l'ouïe et du toucher ; transformation générale des impressions externes ; existence dans un monde complètement imaginaire ; apparences de stupidité au plus haut degré ; guérison après trois mois.

M. B..., âgé de vingt-cinq ans, chef de bureau dans une administration, fut amené à Charenton le 12 août 1833.

Ce jeune homme avait déjà eu antérieurement deux accès de folie, l'un à quinze ans, l'autre à vingt-deux ans. Le premier avait duré six semaines, le second quinze jours seulement.

Il résulte des renseignements donnés par la famille que M. B... entrait à peine en convalescence d'une fièvre intermittente, qui s'était prolongée pendant six semaines, lorsque ce troisième accès a éclaté tout-à-coup, sans cause connue, après quelques jours d'une violente céphalalgie. Les symptômes du début ont été ceux d'une fièvre cérébrale; il y a eu des convulsions qui sont revenues à plusieurs reprises pendant trois semaines. Le malade était dominé par des idées de suicide. Il a essayé de se frapper avec des instruments tranchants, de se précipiter par une

fenêtre; il a avalé un sou dans l'espérance de se donner la mort; mais cette tentative n'a été suivie d'aucun accident.

On a pratiqué plusieurs saignées, fait des applications de sangsues et donné des bains, sans obtenir d'amélioration.

Le malade, à son entrée à la maison de Charenton, est dans l'état suivant:

Le teint est pâle, les yeux fixes, largement ouverts, ordinairement tournés vers la terre. La physionomie a perdu toute expression et dénote une profonde hébétude. M. B... passe sa journée assis à la même place, dans un état complet de mutisme, et paraît étranger à tout ce qui l'entoure. Quand on l'interroge, il faut parler à haute voix et répéter plusieurs fois les questions pour obtenir quelque monosyllabe prononcé lentement et à voix basse. Veut-on le faire promener, il semble craindre de tomber; il se retient aux poteaux, aux murs, aux personnes qui sont près de lui; sa démarche est d'ailleurs très lente. La seule preuve d'activité qu'il donne est la résistance qu'il oppose lorsqu'on le conduit au bain. Souvent aussi dans la journée il regagne son lit et se couche.

La mémoire paraît complétement abolie. La stupeur de M. B... est poussée à ce point qu'on est obligé de le faire manger; sa malpropreté est d'ailleurs si grande, qu'il a fallu substituer aux vêtements ordinaires la longue blouse de toile *des gâteux*.

La sensibilité est obtuse, mais persiste. Le sommeil est prolongé, l'appétit très grand.

Peu de temps après l'entrée du malade, M. Esquirol lui fit mettre un large vésicatoire à la nuque. Bientôt M. B... se plaignit du mal que lui faisait cet exutoire, et dès ce moment il commença à aller un peu mieux. Ses réponses

sont plus longues, sa voix plus forte; il ne peut, dit-il, débrouiller ses idées; il y a quelque chose qui le gêne. La physionomie conserve d'ailleurs son caractère d'hébétude; la malpropreté est toujours la même. Parfois le malade rit tout à coup aux éclats en regardant un aliéné vêtu comme lui d'une longue blouse de toile.

Le 15 octobre, le mieux devient plus tranché. L'excrétion des urines et des matières fécales cesse d'être involontaire. On apprend que M. B... est musicien; on l'engage à reprendre son violon; et, quoique son intelligence soit encore très embarrassée, il obéit, et dès lors fait chaque jour de la musique pendant plusieurs heures.

Je le quittai dans cet état aux premiers jours de novembre, et quand je le revis au mois de décembre, il était complétement guéri.

Au lieu de l'aliéné stupide que j'avais laissé, je retrouvai un jeune homme d'une physionomie ouverte et animée, d'une instruction solide et variée. Je tenais beaucoup à savoir quel avait été l'état intellectuel pendant les trois mois d'hébétude et de stupeur. Sous ce rapport, je ne pouvais m'adresser à un malade plus intelligent et plus capable d'analyser ses impressions et d'en rendre compte. Je l'amenai à me parler de ce sujet, et j'en obtins sans peine les détails suivants.

L'état dans lequel M. B... est resté pendant trois mois ne peut mieux être comparé qu'à un long rêve. Autour de lui, dit-il, tout s'était transformé. Il croyait à une sorte d'anéantissement général. La terre tremblait et s'entrouvrait sous ses pas; il se voyait à chaque instant sur le point d'être englouti dans des abîmes sans fond. Il se retenait aux personnes qui étaient près de lui, pour les empêcher de tomber dans des précipices semblables à des cratères de volcans. M. B... prenait la salle des bains de Charenton

pour l'enfer, et les baignoires pour des *barques*. Il croyait que tous ceux qui étaient avec lui se noyaient. Il lui semblait, depuis la dernière saignée, que son sang n'avait pas cessé de couler dans la terre. Son vésicatoire de la nuque était devenu pour lui la marque des forçats, et il se croyait à jamais déshonoré par ce signe d'infamie. Il ne pouvait s'expliquer ce qu'étaient ces personnages bizarres dont il était entouré; il avait fini par voir en eux des morts ressuscités. Il apercevait son frère au milieu des supplices; il entendait sans cesse les cris de ses parents qu'on égorgeait et qui imploraient son secours; il distinguait surtout la voix de son oncle, son bienfaiteur; chaque cri était pour lui comme un coup de poignard. Des détonations d'armes à feu éclataient de tous côtés; des balles traversaient son corps sans le blesser et allaient tuer d'autres personnes. Dans son esprit, tout était chaos, confusion, bouleversement. Il ne distinguait plus les jours et les nuits; les mois lui semblaient des années, etc.; il s'accusait d'ailleurs de tout le mal qui se faisait, et c'est pour cela qu'au début il a tenté plusieurs fois de se tuer. Plus il souffrait, plus il était content; car il regardait ses souffrances comme une juste expiation de ses crimes. Lorsqu'il commençait à aller mieux, une lettre qu'il reçut de son frère lui fit, dit-il, beaucoup de bien en le ramenant à des idés plus justes sur sa position.

Observation deuxième.

Tentative de suicide; délire mélancolique; hallucinations; transformation générale des impressions externes; existence dans un monde complètement imaginaire; apparence de stupidité au plus haut degré; guérison après trois mois.

B..., âgée de vingt-trois ans, fille publique, est entrée à la Salpêtrière le 17 juillet 1838, dans le service de

M. Pariset. On n'a pu se procurer sur elle aucun renseignement. Quand je la vis un mois après son entrée, j'appris qu'elle était arrivée à l'hospice dans un état d'apathie stupide des plus prononcés, et avait constamment gardé le lit. Elle semblait ne pouvoir se tenir sur ses jambes, et dès qu'on la faisait se lever, elle se laissait tomber par terre.

Le 22 août, on constata les symptômes suivants :

B... est couchée sur le dos et dans un état complet d'immobilité; elle ne répond à aucune question. Sa physionomie a perdu toute expression; ses yeux sont fixes, sa bouche entr'ouverte, ses lèvres pendantes; des mouches se posent à l'entrée de ses narines, sur ses lèvres, sur ses yeux, et elle ne fait aucun mouvement pour les chasser. On peut lui pincer le bras, le piquer avec des épingles, sans qu'elle cherche à le retirer, sans que sa physionomie exprime aucune douleur ; c'est avec peine qu'on parvient à la faire manger. La peau n'est pas chaude; le pouls bat 68 pulsations par minute. Il y a par le vagin un écoulement assez abondant, fétide, qui tache le linge en jaune. Les urines et les matières fécales sont rendues involontairement.

Bientôt on a pu faire lever la malade; mais elle passait sa journée assise et dans une immobilité presque complète. Si l'on voulait la forcer à marcher, elle se rendait à pas lents dans la cour, et s'y couchait; elle ne prenait d'ailleurs aucun soin de propreté; il fallait toujours la faire manger.

Deux larges vésicatoires avaient été appliqués aux cuisses et étaient entretenus avec soin; on avait fait des frictions avec l'huile de croton, et administré le calomel à plusieurs reprises.

B... semblait parfois être un peu mieux; on la surprenait pleurant. Un jour elle put me donner quelques détails sur son état. Sa tête, me dit-elle, était pleine de bruits de

cloches, de tambours. Elle me faisait signe, en passant la main sur son cou, qu'il faudrait la tuer pour la délivrer de ses douleurs.

Le 12 septembre, il se fit chez notre malade un changement remarquable : elle sortit de son état d'immobilité et de mutisme, mais pour tomber dans une sorte de délire enfantin; elle appelle le médecin son petit papa, et la surveillante sa petite maman noire. Moi, je sais danser, dit-elle; je porterais un poids de cent livres, etc.; tout cela comme le dirait un enfant. La physionomie a d'ailleurs son caractère d'hébétude, la sensibilité est obtuse, la malpropreté aussi grande, l'écoulement vaginal est devenu plus abondant.

Ce délire ne parut être qu'une courte transition pour arriver à la guérison : bientôt, en effet, cette fille devint propre et commença à travailler; la sensibilité était revenue. On avait continué les vésicatoires et les purgatifs.

La convalescence se confirma de plus en plus; les règles, supprimées depuis un an, reparurent le 1er décembre, et coulèrent assez bien; dès lors la guérison était complète.

B... n'a pu me dire d'une manière précise ce qui l'avait rendue malade; elle m'a seulement appris qu'elle était sortie de l'hospice des Vénériens le 3 juillet, après y avoir subi un long traitement mercuriel. Quant à ce qu'elle a éprouvé pendant l'état d'insensibilité et de stupeur dont elle était sortie, voici les détails que j'obtins : elle ne savait pas où elle était et ne reconnaissait personne; pendant longtemps elle a cru être *au Jardin des Plantes, au milieu des animaux*. Ainsi qu'elle me l'avait dit un jour, sa tête était pleine de bruits; elle entendait des cloches, des tambours, des voix confuses; tout cela la faisait beaucoup souffrir. Elle a constamment été préoccupée par

des idées du suicide. Elle a voulu un jour se frapper avec un couteau, et a tenté de se laisser mourir de faim, etc. Elle ne sentait rien quand on la pinçait, excepté dans les derniers temps.

Observation troisième.

Plusieurs tentatives de suicide; délire mélancolique; hallucinations; transformation générale des impressions externes; existence dans un monde imaginaire; apparences de stupidité; guérison après cinq mois.

D..., âgée de trente-cinq ans, mariée, mère de trois enfants, dont le plus jeune a trois ans, est entrée à la Salpêtrière, le 14 juin 1842, dans le service de M. Mitivié.

Voici les renseignements donnés par le mari sur les causes présumées et le début de la maladie.

D... a toujours été sujette aux migraines; ses règles coulaient peu, et pendant un jour ou deux seulement. Depuis un an un grand changement s'est fait sous ce rapport. L'écoulement menstruel qui dure de quatre à cinq jours, est si abondant qu'il constitue une espèce de perte. Le sommeil depuis six mois est souvent agité; la malade fait des rêves effrayants, se réveille en sursaut, et réveille elle-même son mari pour s'assurer qu'il n'est pas mort. Cette femme prend chaque jour, depuis trois mois, une tasse de café noir à peine sucré, ce qu'elle ne faisait point auparavant; elle a d'ailleurs des inquiétudes et des chagrins.

Le 2 juin au matin les règles paraissent; dans la journée on remet à la malade une lettre cachetée de noir; elle croit qu'on lui annonce la mort de son enfant, et ressent une impression très vive : cependant cette lettre ne contenait aucune nouvelle fâcheuse; les règles continuent à couler; le lendemain, commencement du délire. D'abord partiel et sans agitation, il augmente sensiblement le

troisième jour. D... se frappe de plusieurs coups de canif au cou et à l'estomac. Laissée seule un instant, elle se précipite par la fenêtre du premier étage, et ne se fait aucune blessure grave. La nature des idées explique ces tentatives de suicide. On entend dire à la malade qu'on va murer les portes et les fenêtres, et la laisser mourir de faim dans la maison; elle s'attend à être jugée pour les crimes qu'elle a commis, à être dévorée par des chiens et coupée par morceaux; elle voit des instruments de supplice dans les échafaudages d'une maison voisine de la sienne; elle veut empêcher son mari et ses enfants de manger, parce que tous les mets sont empoisonnés; elle-même refuse de rien prendre : depuis vingt-trois jours qu'elle est malade elle n'a mangé que deux potages.

Le traitement a consisté en quelques bains et une saignée du bras assez forte, faite dans les premiers jours.

Voici quels étaient les symptômes au moment de l'entrée à l'hospice.

La figure est pâle, les yeux fixes, tournés vers la terre; la physionomie a une légère expression de tristesse et d'hébétude; les traits ne sont point contractés, mais ils sont immobiles. La malade ne fait aucun mouvement et passe sa journée assise à la même place. Si on la fait lever elle reste indéfiniment debout, et ne se rassied point d'elle-même. Quand on l'interroge, elle semble ne pas entendre et ne fait aucune attention à ce qu'on lui dit. Si l'on parle haut, et qu'on répète plusieurs fois les questions, on obtient parfois un mot prononcé lentement et à voix basse. D... ne mange pas seule, et on ne parvient qu'avec peine à lui faire prendre chaque jour un ou deux potages. La sensibilité est obtuse, mais persiste. Le pouls est petit, filiforme, à peine perceptible; il y a 100 pulsations par minute. Constipation.

Après quelque jours, l'haleine devient fétide. A la constipation succède une diarrhée assez forte. Il y a un peu de chaleur à la peau. D... s'écorche la figure et surtout les oreilles, et on est obligé de lui mettre la camisole de force. Elle n'a d'ailleurs aucun soin de propreté; ses vêtements sont salis par les urines et les matières fécales : la stupeur semble augmenter. Je surprends parfois la malade debout, immobile, les yeux largement ouverts et fixes. Elle paraît complètement étrangère à tout ce qui se passe autour d'elle. On lui parle, on la secoue, on la pince et on ne peut rien en obtenir. Elle est comme absorbée dans une sorte d'extase; mais sa physionomie n'offre aucune expression.

Pour traitement, large vésicatoire à l'un des bras; purgatifs.

Dans les premiers jours de juillet, M. Mitivié eut plusieurs fois recours à la douche. La malade la supportait difficilement; elle semblait souffrir; mais on ne put obtenir d'elle un seul mot; elle ne poussa pas un cri.

Le 15 *juillet*, on commence à observer un peu de mieux. D... ne gâte plus; elle mange seule. On parvient même à lui faire faire quelques points de couture. D'ailleurs, le mutisme est presque aussi complet.

1er *août*. Le mieux augmente. D... cause un peu; ses réponses sont lentes et brèves. Elle ne sait où elle est. Elle prétend qu'il n'y a ni jours ni nuits, que les personnes qui l'entourent ne sont pas des malades. Elle reçoit la visite de ses enfants, et verse quelques larmes en les regardant; d'ailleurs, elle ne les embrasse point et ne leur dit pas un mot.

15 *août*. D... travaille toute la journée, se tient bien. La figure reprend de l'expression; mais la malade ne parle que très peu. Elle croit être en prison et entourée de con-

damnés. Elle dit que c'est une femme qui l'a perdue en lui donnant à boire du lait de truie; son mari n'est pas coupable, elle seule a fait tout le mal, etc.

1er *octobre*. Depuis huit jours, rhumatisme qui a parcouru presque toutes les articulations des membres. L'état moral n'est pas modifié.

15 *octobre*. Le rhumatisme articulaire a cessé. La malade se lève, travaille, répond à peine, et a toujours les mêmes idées.

1er *novembre*. Après une absence de dix jours, je trouve D... complètement guérie. Il s'est opéré dans la physionomie un changement remarquable, et qui frappe tous ceux qui l'entourent. Les traits sont animés et ont une expression plutôt gaie que triste. D... s'étonne de la métamorphose qui s'est opérée en elle, et reconnaît avoir été dans le délire. Voici les détails qu'elle me donne sur l'état de son intelligence pendant sa maladie.

Tous les objets qui l'entouraient lui apparaissaient avec les formes les plus bizarres; elle voyait les figures noires ou jaunes. Tout cela lui semblait si étrange, qu'elle croyait ne plus être en France, mais dans un pays étranger très éloigné, *comme le pays des nègres*. Elle prenait la salle où elle était pour une prison, les malades pour des prisonniers, les médecins pour des geoliers. Elle n'a point reconnu ses parents quand ils sont venus la visiter. Il lui semblait que son lit était bien au-dessous du niveau des autres, dans une espèce de creux. Elle voyait à côté de ce lit comme une ombre, un fantôme. Elle ne distinguait point les jours et les nuits, et affirme *n'avoir pas dormi* pendant tout le temps qu'a duré sa maladie. Elle a vu une fois un des arbres de la cour qui brûlait; il y avait une grande flamme; elle eût voulu se lever, mais elle était comme enchaînée dans son lit. Elle entendait à côté d'elle

le bruit d'une mécanique, avec laquelle on faisait sauter ses enfants pour les faire souffrir (peut-être le bruit que font les machines à vapeur du chemin de fer d'Orléans qu'on entend dans la salle au passage de chaque convoi). Une voix lui répétait qu'elle était une malheureuse, qu'elle devrait être dans son ménage. Elle ne peut d'ailleurs expliquer pourquoi elle ne répondait pas, pourquoi elle restait inerte et ne voulait pas manger. Elle n'entendait pas ou entendait mal ce qu'on lui disait; elle était comme imbécile. Elle s'est reconnue peu à peu. Quand elle a vu les choses plus nettement, elle s'est aperçue de l'extrême propreté de la salle, des soins qu'on prenait des malades, et cela lui a fait penser qu'elle ne devait pas être dans une prison, etc.

Les règles sont revenues le 5 novembre; mais elles ont cessé le même jour.

Aujourd'hui 25 novembre, le rhumatisme a reparu et occupe plusieurs articulations. L'état moral est d'ailleurs excellent, et D... n'attend pour sortir que la cessation complète de son rhumatisme.

Observation quatrième

Délire mélancolique; tentative de suicide; hallucinations; transformation générale des impressions externes; existence dans un monde complètement imaginaire; embarras intellectuel; sorte de rêvasserie; apparences de stupidité; guérison après dix-huit jours.

Mademoiselle R..., âgée de trente ans, religieuse novice, est entrée à la Salpêtrière le 12 juillet 1842, dans le service de M. Mitivié.

Voici les renseignements qu'elle-même m'a donnés, après sa guérison, sur ce qui avait précédé et accompagné le développement du délire.

Depuis l'enfance, hémorrhagies nasales revenant toutes

les trois semaines environ; elles s'annonçaient par des douleurs sus-orbitaires et des étourdissements qui cessaient avec l'écoulement sanguin.

A l'âge de huit ou neuf ans, convulsions pendant deux jours à la suite d'une vive frayeur.

La menstruation s'est établie à dix-huit ans; elle a toujours été irrégulière et accompagnée de migraines. Depuis trois ans, les règles vont mieux; mais les migraines ont continué.

Il y a sept ou huit mois, mademoiselle R... a été placée, comme garde-malade, auprès d'un vieillard de quatre-vingt-deux ans, dont l'intelligence est affaiblie et qui a des attaques de nerfs. Son sommeil a été souvent troublé ; il est devenu moins long et agité par des rêves. De tout temps d'ailleurs, lorsqu'elle avait ses migraines, elle rêvait beaucoup et parlait la nuit à haute voix. Pendant le carême, elle est obligée de jeûner, et sa santé s'altère. Les hémorrhagies nasales se suppriment et n'ont plus reparu depuis six mois. Le matin, au lever, étourdissements très forts, mais qui ne sont plus suivis et terminés par l'écoulement sanguin.

Le 7 *juillet*, contrariété assez vive, et suppression brusque des règles, qui avaient paru depuis le matin. Mademoiselle R... se rend à la campagne le jour même, mais très souffrante de la tête, très abattue. Arrivée, elle reconnaît à peine les lieux qu'elle a habités, les objets qu'elle a rangés elle-même. Elle est tout étourdie. Dans la nuit, insomnie, malaise, vomissements. Le lendemain matin, délire. La malade se lève, mais elle ne sait plus où elle est; elle n'a qu'incomplétement conscience de ce qui l'entoure. Elle sort sans prévenir personne, marche sans savoir où elle va, sans remarquer aucun des objets qu'elle rencontre. Elle fait ainsi quatre lieues, et se trouve à Ver-

sailles. Elle s'y reconnaît, mais tout est changé autour d'elle. Il lui semble voir la famille royale dans une voiture; elle se met à genoux, etc.

Cependant des personnes envoyées après elle la rejoignent et la conduisent à l'hôpital Saint-Antoine, qu'elle a habité et dont elle connaît les religieuses. Elle y reste trois jours dans un état complet de stupeur, ne répondant à aucune question, refusant de manger, ne reconnaissant plus les sœurs. On se décide à l'envoyer à la Salpêtrière. A son entrée, je la trouve dans l'état suivant.

Mademoiselle R... est debout, immobile ; sa physionomie offre un mélange d'hébétude et de tristesse ; les yeux sont largement ouverts et souvent fixes. J'essaie en vain d'obtenir quelques mots. On dirait que la malade ne m'entend pas ou ne comprend pas mes questions. Elle refuse de manger. Souvent elle se dirige lentement et comme machinalement vers la porte ; on la ramène à son lit, et un instant après elle recommence. Elle semble d'ailleurs ne faire nulle attention à ce qui se passe autour d'elle.

13 *juillet*. La malade, pendant la nuit, s'est levée plusieurs fois, comme pour s'en aller. Il a fallu que la veilleuse la fît recoucher. Ce matin M. Mitivié obtient quelques réponses, mais brèves, lentes, décousues et souvent interrompues par des intervalles de silence. Si on cesse d'interroger mademoiselle R..., elle retombe dans son calme apathique. Ses yeux s'arrêtent tantôt sur un point, tantôt sur un autre; alors il lui arrive de prononcer un mot qui n'a aucun rapport avec ce qu'on lui a dit. Elle semble être dans un état de rêve. De nouvelles questions la tirent de cet état et fixent un peu de nouveau son attention; elle essaie alors d'expliquer ce qui a précédé son entrée, et ne peut y parvenir. Il est évident qu'elle fait des efforts, qu'elle cherche, mais ses idées lui échappent. La voix est sourde.

Il y a un peu d'hésitation et même d'embarras dans la prononciation.

15 *juillet*. Légère amélioration. La malade répète parfois une partie de la question qu'on lui fait comme pour mieux la comprendre, puis elle répond lentement, brièvement, à voix basse. Il faut la stimuler très fortement pour obtenir quelques mots; elle ne mange que très peu et par contrainte; insomnie, pas de fièvre, ventre libre.

18 *juillet*. Le mieux est prononcé. Mademoiselle R... commence à travailler; elle mange seule. Les réponses sont plus longues, quoique toujours faites lentement et à voix basse. Un peu de sommeil.

20 *juillet*. Les règles ont paru hier; la malade semble moins bien : elle continue cependant à travailler.

25 *juillet*. Après avoir duré trois jours, les règles ont cessé. Depuis le 22, il s'est fait un changement remarquable; mademoiselle R... parle longuement et avec facilité; sa physionomie s'est animée, ses idées sont nettes. On n'a plus besoin de l'interroger, c'est elle qui va au-devant des questions. Hier elle a reçu la visite des sœurs de l'hospice Saint-Antoine, et cette visite, dit-elle, lui a fait grand bien en remettant de l'ordre dans ses idées. Dès ce moment, la guérison est complète.

Le traitement a consisté dans des bains, une douche, le travail, l'exercice, etc.

Voici les détails que mademoiselle R. m'a donnés sur son état intellectuel pendant sa maladie.

Elle ignorait complétement qu'elle fût dans un hospice; elle prenait les femmes qui l'entouraient pour des soldats déguisés. Quand on l'a conduite au bain, où étaient déjà d'autres aliénées, elle a essayé de se noyer pour échapper aux violences de ces prétendus soldats; elle ne voyait que des figures hideuses et menaçantes; *on eût dit que tout le*

monde était ivre. Elle croyait que Paris était à feu et à sang, et qu'on avait égorgé toutes les religieuses; elle s'attendait elle-même à chaque instant à être sacrifiée ; elle voyait sur le plancher des trappes recouvrant un vaste souterrain dans lequel elle craignait de tomber. Le bruit qu'on faisait en frottant le parquet était devenu pour elle celui d'une scie avec laquelle on travaillait pour faire écrouler la maison ; elle redoutait de voir éclater un vaste incendie. De tout ce qu'elle entendait, il ne ressortait pour elle que ces phrases : il faut la tuer, la brûler, etc. Elle avait continuellement un fort bourdonnement d'oreilles qui l'empêchait de distinguer ce qu'on lui disait; on l'interrogeait à voix basse sur toute sa vie, et elle répondait; elle refusait de manger dans la crainte d'être empoisonnée, etc.

Parfois mademoiselle R... entrevoyait comme une courte lueur. Il lui semblait qu'elle allait se reconnaître et sortir de cet état si pénible ; mais elle retombait bientôt dans la stupeur; elle *avait comme un bandeau sur les yeux*; elle se les frottait et les ouvrait très grands pour dissiper le nuage, mais elle ne pouvait y parvenir et n'y voyait pas plus distinctement. Pendant tout le temps de sa maladie elle se demandait : où suis-je ?... qu'est-ce que tout cela veut dire ?...

La malade assure que sa guérison est due à la douche d'eau froide que M. Mitivié lui a donnée le 17 juillet. L'impression a été si vive qu'elle lui a fait jeter un cri. Jusque là, en effet, malgré les terreurs qui l'assiégeaient, elle n'avait pu crier. C'est de ce moment que date son réveil : depuis lors elle s'est peu à peu reconnue, et quelques jours après elle était complétement guérie.

Mademoiselle R... caractérise d'ailleurs très nettement l'état dont elle est sortie; elle ne peut, dit-elle, mieux le comparer qu'à un mauvais rêve.

Observation cinquième.

Délire mélancolique; tentatives de suicide; hallucinations : tranformation des impressions externes; existence dans un monde imaginaire; apparences de stupidité; guérison le treizième jour.

L..., âgée de vingt-deux ans, est accouchée, pour la première fois, le 11 mai 1842. Surprise dans la rue par les douleurs utérines, elle est obligée d'entrer chez un marchand de vin, et accouche quelques heures après. Le lendemain on la transporte, non chez elle, mais chez son beau-frère, dont la demeure était plus proche. Cette circonstance a vivement contrarié la malade, à cause de l'embarras qu'elle donnait à sa famille et du dérangement qu'elle lui causait. Elle voulait nourrir son enfant, mais la sécrétion du lait était presque nulle, et la succion s'opérait très difficilement : tout cela ajoute encore à son chagrin. Elle paraît très ennuyée et ne parle que du désir qu'elle a de retourner chez elle. Le neuvième jour, elle se fâche d'une plaisanterie très innocente de son mari. Le lendemain au matin, dixième jour après l'accouchement, on trouve cette femme dans le délire; elle se frappe la tête contre les murs pour se donner la mort; elle veut tuer sa petite fille, qu'on est obligé de lui enlever. Les lochies s'arrêtent; on fait une application de sangsues aux cuisses.

Le quatrième jour, depuis le début du délire, les lochies reparaissent un peu. La malade est conduite à l'hôpital Beaujon, où elle reste trois jours. Le lendemain elle était dans un état complet de stupeur, et sa cousine n'avait pu s'en faire reconnaître ni en obtenir un mot. L... était immobile et paraissait indifférente à tout ce qui se passait autour d'elle. Les sœurs de l'hospice ne parvinrent qu'avec beaucoup de peine à lui faire prendre un peu de bouillon.

Le 25 mai, elle est transférée à la Salpêtrière, où je la vois à son entrée.

L... est pâle, ses yeux sont fixes, sa physionomie exprime une sorte d'hébétude; elle ne répond à aucune question, paraît étrangère à ce qui l'entoure et refuse de rien prendre.

Les seins sont assez gros, le ventre sensible à la pression; diarrhée, selles involontaires. La malade a ses règles; le sang dont le linge est taché est très rouge et ne ressemble point aux lochies; pas de chaleur à la peau; pouls régulier, à 64.

29 *mai.* Même état; les règles se sont arrêtées; la diarrhée a cessé (1). La malade est propre; elle consent à boire. *Hier, après avoir refusé la tisane qu'on lui offrait, elle s'est levée, et a pris elle-même un verre d'eau pure qu'elle a bu.* On ne peut d'ailleurs en obtenir un mot. Les yeux sont fixes et largement ouverts.

31 *mai.* Depuis deux jours L... prend des potages; elle commence à répondre; elle se rappelle être accouchée d'une fille, elle regarde tout d'un air étonné; elle demande où elle est, depuis quand et comment elle y a été amenée; elle pleure et se plaint qu'on l'appelle voleuse; elle prétend avoir elle-même été volée; elle a vu distribuer ses effets aux personnes de la salle. Toutes les femmes qui

(1) La malade avait ses règles, et les selles étaient involontaires. Les règles ont cessé, et aussi avec elles l'excrétion involontaire des matières fécales. Il n'y a sans doute ici qu'une simple coïncidence; cependant je dois dire ce que j'ai observé chez plusieurs aliénées paralytiques au premier et au second degré. Il arrive parfois que ces malades ne *gâtent* qu'à l'époque menstruelle; elles sont propres pendant tout le mois et ne deviennent gâteuses que pendant la durée des règles. Ce fait peut s'expliquer ou par une aggravation de la paralysie, ou par la congestion qui peut-être se fait jusqu'à un certain point sur le rectum en même temps que sur l'utérus. Quelques faits me porteraient même à penser que chez les aliénées en général la constipation est moins forte pendant l'écoulement menstruel.

l'entourent portent ses robes et ses mouchoirs. Ces détails sont d'ailleurs obtenus avec beaucoup de peine. La malade cherche, hésite; elle ne répond que très lentement.

1er *juin*. La mémoire revient peu à peu; L... se rappelle son séjour à l'hôpital Beaujon; mais comment y a-t-elle été conduite, combien de temps y est-elle restée? elle n'en sait rien. Son étonnement pour tout ce qui l'entoure est le même. Elle regarde dans la cour des malades agitées, et me demande ce que sont ces femmes qui font *des orgies*. Elle continue à pleurer, parce qu'on lui a tout volé et que les autres femmes portent ses robes.

2 *juin*. Le mieux continue, la figure s'anime; L... se reconnaît et commence à sourire; elle comprend qu'elle est dans un hospice et qu'on ne lui a rien volé. *Mes yeux*, dit-elle, *ne sont plus comme avant*.

4 *juin*. Les règles ont reparu hier et coulent assez bien. La malade va de mieux en mieux et commence à travailler; elle est plutôt gaie que triste; la physionomie a repris son expression ordinaire.

7 *juin*. Les idées sont parfaitement nettes, la mémoire sûre. La guérison est entière.

Le traitement a consisté en quelques laxatifs.

La malade avant sa sortie m'a donné les détails suivants, sur ce qu'elle avait éprouvé :

Au début, elle a eu conscience de son état, elle s'est sentie devenir comme imbécile, comme anéantie. Bientôt tout s'est tranformé autour d'elle; *ses yeux étaient comme brouillés*, et tout lui apparaissait avec un aspect bizarre. Elle n'a point reconnu sa cousine qui l'a visitée à Beaujon; elle croyait être dans une maison de prostitution; sa tête était remplie de bruits; elle entendait des voix confuses, ne distinguait rien, ou bien c'étaient toujours des injures; elle voyait devant elle ses parents morts; les objets de la

salle ne lui apparaissaient pas comme ils sont réellement. Pendant les premiers jours, il lui a semblé avoir sur la poitrine quelqu'un qui l'étouffait; elle avait la bouche mauvaise, trouvait tout amer, et sentait des odeurs fétides : elle craignait que ses boissons ne fussent empoisonnées; elle ne savait ce qu'elle faisait : elle se serait frappée elle-même et aurait frappé les autres sans le vouloir, etc.

Observation sixième

Délire mélancolique ; existence dans un monde imaginaire ; apparence de stupidité ; guérison après huit mois par des accès de fièvre intermittente.

M. R..., capitaine d'infanterie, âgé de trente-six ans, est entré à la maison de Charenton le 8 juin 1832.

Ce malade, d'un tempérament éminemment sanguin et d'une constitution très forte, avait toujours joui d'une excellente santé, lorsqu'en 1829 il supprima un flux hémorrhoïdal abondant à l'aide de lotions froides. A la suite de cette suppression, il est survenu un tremblement dans les mains, qui n'a plus cessé depuis.

Il y a trois mois, M. R..., pendant une marche, quitte tout à coup son régiment, et s'enfonce dans les bois. On put le rejoindre et on s'aperçut que sa tête était dérangée. On le conduisit à l'hospice de Besançon, où il est resté depuis lors dans un état de stupeur et d'apathie tel, qu'on ne pouvait en obtenir un seul mot: il n'avait aucun soin de propreté.

Amené à Charenton, M. R... présente les mêmes symptômes; sa physionomie est sans expression; il passe toute sa journée assis sur un banc, la tête appuyée sur une table : on ne l'entend jamais dire un mot. Si on l'interroge, il répond lentement, avec peine, et on constate un embarras

évident dans la prononciation. L'intelligence paraît très affaiblie. M. R... ne se rappelle pas avoir été militaire; il ne sait où il est, ni depuis combien de temps. Il reste indifférent à tout ce qui se passe autour de lui. Sa malpropreté est extrême, et force de substituer aux vêtements ordinaires la blouse de toile des gâteux.

D'ailleurs le malade mange et dort beaucoup.

Pour traitement, ventouses scarifiées à la nuque; plus tard large vésicatoire sur la même partie, sangsues au siège, bains.

Vers le 15 septembre, M. R... fut pris de fièvre; il cessa de manger. La figure était pâle, terreuse; les lèvres couvertes d'une éruption. Le troisieme jour de cet état, le malade fut transféré à l'infirmerie. On put alors constater des accès bien caractérisés de fièvre intermittente; ces accès se renouvelèrent deux fois avec un jour d'intervalle; puis ils revinrent trois ou quatre fois d'une manière irrégulière. Ils cessèrent spontanément sans qu'on eût donné de sulfate de quinine.

La stupeur avait disparu, M. R... répondait nettement aux questions qu'on lui faisait; il commençait à comprendre sa position. — On lui rendit ses vêtements. — Le mieux augmenta dans le mois d'octobre, et le 15 novembre le malade passa aux convalescents. L'embarras de la prononciation était beaucoup moins sensible. M. Esquirol fit faire de fréquentes applications de sangsues au siège pour rappeler les hémorrhoïdes, et il fut assez heureux pour y parvenir.

M. R... quitta la maison le 17 janvier 1833. Il n'y avait plus d'embarras dans la prononciation; la tenue était excellente, l'intelligence très nette, et on pouvait regarder la guerison comme complète.

Voici les détails que M. R... m'a donnés, avant sa sortie,

sur son état intellectuel pendant la durée de la maladie.

La stupeur n'était qu'apparente. Il lui passait dans l'esprit beaucoup d'idées. Il croyait être dans une maison de détention dont il ne devait plus sortir, non plus que les personnes qui l'entouraient. La longue blouse blanche qu'il portait, la loge qu'il habitait, tout enfin le confirmait dans cette idée. M. R... fait dater sa guérison du jour où un de de ses amis, étant venu le voir, lui affirma qu'il était dans une maison de santé, dont il sortirait dès qu'il serait bien portant; il se le fit répéter un grand nombre de fois, et finit par rester convaincu.

J'ai recueilli cette observation à une époque où mon attention ne s'était point encore portée sur l'état intellectuel des aliénés stupides; avec plus de soin, j'aurais, sans nul doute, obtenu de M. R... des détails plus nombreux. Ce fait est d'ailleurs remarquable sous le rapport du diagnostic; car l'embarras de la prononciation était si marqué, qu'on avait cru à l'existence d'une paralysie générale.

Je crois devoir joindre aux observations précédentes l'extrait d'un des faits publiés par M. Etoc.

Observation septième (M. ETOC.)

Hérédité; inquiétude; fatigue; frayeur; convulsions; hallucinations; stupidité; pleurésie; retour complet de la raison.

Madame C..., âgée de trente ans, tomba, à la suite d'une impression morale très vive, dans de violentes convulsions, mais sans perte de connaissance. Bientôt, céphalalgie générale et profonde, bourdonnements d'oreilles, tintements dans la tête. Quelques jours après, le délire éclate. La malade entend le canon, voit des blessés, du sang, des morts, etc.; elle devient ensuite graduellement comme anéantie; elle reste immobile, les yeux fixes, et dans un

état complet de mutisme. Amenée à la Salpêtrière, elle paraît regarder sans voir ; on dirait qu'elle n'entend ni ne comprend ce qu'on lui dit. Elle semble parfois faire des efforts et rassembler toutes ses forces pour dire : Jugez-moi..., je n'ai pas volé, je n'ai pas fait de mal, etc. La sensibilité est obtuse.

Le 16 janvier, pleurésie qui guérit en huit jours. Retour graduel à la raison : il semble à la malade qu'elle sort d'un long assoupissement.

« Elle nous apprend, dit M. Etoc, qù'elle croyait être aux galères ou dans un désert ; elle voyait des voitures chargées de cercueils ; quelquefois elle reconnaissait ce qui se passait autour d'elle, mais elle ne s'en rendait pas compte distinctement. Dans sa tête, toujours pesante et douloureuse, ce n'était que vague et confusion. Il lui venait parfois beaucoup d'idées ; mais elle ne pouvait les débrouiller assez pour les exprimer. D'autres fois elle ne parlait pas, parce qu'elle ne sentait pas le besoin de parler. Elle se seraït laissé tout faire sans opposer aucune résistance ; elle sentait vaguement qu'elle était hébétée, et ne cherchait pas à être autrement. »

Avant d'examiner de quelle nature est l'état des malades dont les observations précèdent, et de discuter s'il peut ou non être rattaché à l'un des genres de folie admis jusqu'ici par les auteurs, je crois devoir présenter réunis les principaux symptômes qui le caractérisent.

Après quelques heures, quelques jours de délire, l'aliéné devient graduellement comme anéanti. Il reste immobile ; ses yeux sont largement ouverts et fixes ; sa physionomie perd toute expression ; son indifférence pour les objets extérieurs est complète. Il ne répond plus aux questions qu'on lui fait, et semble quelquefois ne pas les entendre ;

ou bien, ses réponses sont lentes, brèves, interrompues par des intervalles de silence. La volonté paraît suspendue; le malade ne prend aucun soin de propreté; on le lève, on le couche, on le fait manger. Il semble parfois insensible aux excitants les plus énergiques. A voir son immobilité, la fixité de ses yeux, on le prendrait, dans certains cas, pour un cataleptique; mais le principal symptôme de la catalepsie n'existe pas. Tels sont les signes extérieurs que présente la maladie au plus haut degré.

Quelques mois se passent dans cet état de torpeur; puis, tout à coup, cette physionomie stupide s'anime, la vie reparaît dans ces traits qu'elle semblait avoir abandonnés. Le malade commence à répondre; sa tenue est meilleure; il mange seul, et bientôt il consent à s'occuper. Mais il est comme étonné; il ne se rend pas bien compte de ce qui se fait autour de lui; il regarde avec une sorte de surprise le lieu qu'il habite depuis plusieurs mois, les personnes qui ne l'ont pas quitté. Il semble que tout est nouveau pour lui. Il demande où il est, depuis quand il s'y trouve, pourquoi on l'y a amené. Peu à peu ses souvenirs reviennent, il se reconnaît, il rentre dans le monde réel, sa guérison est complète. Vous lui demandez alors quel était pendant sa maladie son état intellectuel, ce qui le retenait dans cet engourdissement et cette torpeur, pourquoi il ne répondait pas, et vous apprenez que la pensée n'a pas cessé d'être active, mais qu'il a vécu dans un monde imaginaire. Tout s'était transformé autour de lui. Il n'a cessé d'être en proie à des illusions et à des hallucinations terribles. Il était dans un désert ou aux galères (obs. VII), dans une maison de prostitution (obs. V), dans un pays étranger et en prison (obs. III); une salle de bains était pour lui l'enfer (obs. I).

Il prenait des baignoires pour des barques, un vésica-

toire pour la marque des forçats, des aliénés pour des morts ressuscités (obs. I), pour des prisonniers (obs. III et VI), pour des filles publiques (obs. V), des soldats déguisés (obs. IV).

Les figures qu'il voyait étaient hideuses et menaçantes; il lui semblait que tout le monde était ivre (obs. IV).

Il apercevait autour de lui des voitures chargées de cercueils (obs. VII), son frère au milieu des supplices, une ombre auprès de son lit, des cratères de volcans, des abîmes sans fond qui allaient l'engloutir, les trappes d'un souterrain (obs. I, III, IV).

De tout ce qu'il entendait, il ne ressortait pour lui que ces mots: il faut le tuer, le brûler, etc. On lui disait des injures; sa tête était remplie de bruits de cloches, de tambours; des détonations d'armes à feu éclataient près de lui; ses parents, en lutte avec des assassins, imploraient son secours; on l'interrogeait sur toutes les actions de sa vie et il répondait; il entendait une mécanique avec laquelle on torturait ses enfants, etc. (obs. I, II, III, IV, V). Son corps était traversé par des balles, son sang coulait dans la terre; il avait sur la poitrine quelqu'un qui l'étouffait (obs. I et V).

Le malade s'accusait de tous les malheurs; il avait sans cesse à l'esprit l'idée d'une sorte d'anéantissement général; il ne pensait qu'à mourir pour être délivré de ses souffrances. Il croyait qu'on lui avait tout volé, que Paris était à feu et à sang. Il s'attendait à chaque instant à être tué, à voir éclater un vaste incendie, la maison s'écrouler, etc. (obs. I, II, IV, V).

Parfois, l'aliéné entendait confusément ce qu'on lui disait, à cause des bruits qui remplissaient sa tête; le plus souvent il comprenait les questions, mais il ne peut dire pourquoi il ne répondait pas, pourquoi il ne criait pas au

milieu des dangers imaginaires qui le menaçaient. Qu'est-ce qui retenait sa volonté, qu'est-ce qui paralysait sa voix et ses membres? il n'en sait rien; quelquefois il aurait voulu crier; se lever, il ne le pouvait pas. Quand cet état a cessé, le malade a semblé sortir d'un long assoupissement (obs. VII); il a demandé où il était et depuis quand (obs. V.); il ne peut, dit-il, mieux comparer ce qu'il a éprouvé qu'à un mauvais rêve (obs. IV).

Tels sont à peu près les symptômes offerts par les malades dont j'ai rapporté les observations.

Si l'on analyse cet état en isolant les principaux traits, on trouve qu'il est surtout caractérisé :

1° Intérieurement, par la perte de conscience du temps, des lieux, des personnes; par l'existence du malade dans un monde imaginaire; des illusions et des hallucinations nombreuses; la suspension de la volonté; enfin par un délire de nature exclusivement triste;

2° Extérieurement, par l'inertie, l'immobilité, une apparence de stupidité, la perte ou la diminution de la sensibilité.

Cet état me paraît avoir beaucoup d'analogie avec l'état de rêve.

L'homme qui rêve a perdu la conscience du temps, des lieux, des personnes; il est aussi transporté momentanément dans un monde imaginaire; il a des hallucinations nombreuses; et s'il perçoit des impressions externes, elles deviennent la source d'autant d'illusions; on connaît l'histoire du paralytique de Galien et tant d'autres exemples que chacun peut observer chaque jour. La volonté est suspendue, et l'esprit laisse errer les idées, comme cela a lieu pendant la veille dans l'état de rêverie; très souvent aussi, les rêves sont exclusivement tristes. Dans le cauchemar, on croit avoir sur la poitrine un poids qui vous oppresse,

ainsi que l'éprouvait l'une des malades dont j'ai rapporté l'observation. Enfin, si l'on veut comparer les caractères extérieurs, on trouve pendant le sommeil l'inertie, l'immobilité, l'engourdissement de la sensibilité, etc.

Ce qui me fait insister sur cette analogie de l'état de rêve et de l'état morbide que j'ai décrit, c'est surtout la manière dont les malades rentrent dans le monde réel au moment de la guérison. C'est véritablement une sorte de réveil, mais un réveil qui se fait lentement. Il est curieux de voir l'aliéné reconnaître d'un air étonné tout ce qui l'entoure, ressaisir un à un tous ses souvenirs à mesure qu'il s'éloigne de sa maladie.

Rien de plus net que la manière dont quelques convalescents caractérisent leur état antérieur. Il me semble, dit une femme à M. Etoc, que je sors d'un long assoupissement (c'est celle qui, au milieu d'une infirmerie, se croyait dans un désert et voyait autour d'elle des voitures chargées de cercueils) (obs. VII). La malade qui fait le sujet de la quatrième observation, et qui a si bien rendu compte de ses impressions, me dit ne pouvoir mieux comparer ce qu'elle a éprouvé qu'à un mauvais rêve.

Sans doute tous les aliénés ne s'expriment pas aussi nettement; mais ce qu'ils ne disent pas, on le voit sur leur physionomie étonnée; on peut le conclure de leurs questions, mais surtout des détails qu'ils donnent sur leur état. Ils éprouvent, mais plus lentement, ce qu'on ressent parfois lorsqu'on s'éveille, en voyage, dans un lieu où l'on a couché pour la première fois : on est alors un instant à se reconnaître, à rassembler ses souvenirs, et le réveil complet se fait d'une manière graduelle.

Je ne signale d'ailleurs ici que des analogies; car, à part l'état morbide, il y a entre la stupidité et les rêves des différences nombreuses qu'il est inutile de faire ressortir.

L'état que je viens de décrire peut-il être réuni à l'un des genres de folie admis par les auteurs? Faut-il, avec M. Etoc, n'y voir qu'une complication de cette affection? Doit-on, avec Georget, en faire un genre particulier de délire? Quel nom convient-il de lui donner?

Telles sont les questions que je vais successivement examiner.

Dans tous les faits que j'ai rapportés, le délire a été de nature exclusivement triste; et en s'en tenant à ce caractère principal, il est évident que ces faits doivent être considérés comme des exemples de mélancolie.

Cependant il est facile de démontrer que la maladie dont il s'agit ici diffère, sous beaucoup de rapports, de la mélancolie ordinaire, et doit être distinguée comme une variété tout à fait spéciale.

La mélancolie n'est qu'une forme de la monomanie, et son caractère principal, c'est le délire partiel.

Le mélancolique est avant tout un monomaniaque. Si vous parvenez à le distraire des idées qui le préoccupent et absorbent son attention, vous trouverez son intelligence saine pour tout ce qui est étranger à son délire : il jugera et appréciera les choses comme elles sont. Le mélancolique, par ses conceptions délirantes, est en partie dans un monde imaginaire, mais il a conservé beaucoup de rapports avec le monde réel. Il sait qu'il est dans un hospice; il reconnaît le médecin, les surveillants, etc. : il n'en est pas ainsi pour les aliénés stupides; il n'y a pas pour eux deux sortes d'impressions, les unes qu'ils transforment, les autres qu'ils perçoivent comme dans l'état normal : toutes les impressions externes, comme pour l'homme qui rêve, sont autant d'illusions. Ces aliénés ne peuvent être distraits de leur délire; car, en dehors de ce délire, leur intelligence est suspendue. Il y a donc entre eux et les mélancoliques

ordinaires des caractères différentiels bien tranchés, qui peuvent être comparés à ceux qui existent entre la veille et le sommeil.

Les symptômes extérieurs fournissent d'ailleurs d'autres différences qui, quoique secondaires, n'en sont pas moins importantes. Chez les véritables mélancoliques, alors même qu'ils restent dans un état complet de mutisme et d'immobilité, la concentration active de la pensée donne à la physionomie une expression particulière qui ne ressemble nullement à celle des malades atteints de stupidité. Les traits, contractés chez les uns, sont relâchés chez les autres. Les mélancoliques opposent de la résistance à ce qu'on veut leur faire faire; ils sortent parfois tout-à-coup de leur état d'immobilité pour agir avec toute la puissance que donne la passion longtemps contenue. Rien de semblable, ou du moins rien d'aussi tranché, n'a lieu dans la stupidité.

Cependant, malgré ces différences extérieures, il y a des cas difficiles à juger avant la guérison. Quelques malades, en effet, sortent momentanément de leur état de stupidité, et recouvrent en partie leur intelligence, ils parlent et agissent, puis retombent bientôt dans la stupeur. MM. Aubanel et Thore regardent même ces rémittences comme un des caractères les plus communs de la stupidité. Ces alternatives d'activité et d'apathie pourraient faire confondre les aliénés stupides avec des monomaniaques. Dans l'une des observations que j'ai rapportées, la malade entrevoyait parfois comme une courte lueur du monde réel; il lui semblait qu'elle allait sortir de l'état si pénible où elle était; mais elle y retombait bientôt après. Une autre, dont la stupidité était portée à un plus haut degré (obs. II), put, un jour, me rendre compte en partie de ce qu'elle éprouvait. Les jours suivants, il fut impossible de rien en obtenir.

Il y a d'ailleurs certains mélancoliques qui offrent extérieurement les apparences de la stupidité. Esquirol a rapporté l'observation d'un de ces malades qui passait sa journée dans une immobilité complète, et semblait étranger à tout ce qui l'entourait : il était maintenu dans cet état par la terreur que lui inspirait une voix qui le menaçait de la mort s'il faisait le moindre mouvement.

A part ces cas exceptionnels, la stupidité, quoique le délire paraisse de nature exclusivement triste, ne saurait être confondue avec la mélancolie ordinaire. Elle en diffère, en effet, par la transformation générale des impressions, par la perte de conscience du temps, des lieux, des personnes, la suspension de la volonté, et aussi par les symptômes extérieurs.

La stupidité ne peut donc, malgré la nature du délire, être complétement assimilée à la mélancolie ; mais elle ne me paraît être le plus souvent que le plus haut degré d'une variété spéciale de ce genre de folie, variété qui n'a point été suffisamment décrite, et qui mériterait d'être distinguée.

Pour faire mieux ressortir les caractères de l'état dont je veux parler, je rappellerai les principaux symptômes des deux formes de mélancolie admises par Esquirol.

« La mélancolie avec délire ou la lypémanie présente, dit-il, dans l'ensemble de ses symptômes, deux différences bien marquées.

» Tantôt les lypémaniaques sont d'une susceptibilité très irritable et d'une mobilité extrême. Tout fait sur eux une impression très vive : la plus légère cause produit les plus douloureux effets, etc.

» Ils sont toujours en mouvement, à la recherche de leurs ennemis et des causes de leurs souffrances. Ils ra-

content sans cesse et à tout venant leurs maux, leurs craintes, leurs désespoir.

» Tantôt la sensibilité, concentrée sur un objet, semble avoir abandonné tous les organes; le corps est impassible à toute impression, tandis que l'esprit ne s'exerce plus que sur un sujet unique qui absorbe toute l'attention et suspend l'exercice de toutes les fonctions intellectuelles. L'immobilité du corps, la fixité des traits de la face, le silence obstiné, trahissent la contention douloureuse de l'intelligence et des affections. Ce n'est pas une douleur qui s'agite, qui se plaint, qui crie, qui pleure ; c'est une douleur qui se tait, qui n'a plus de larmes, qui est impassible. »

Ces tableaux pleins de vérité se retrouvent chaque jour sous nos yeux ; mais en dehors de ces deux variétés de la mélancolie, il en est une troisième qui offre des caractères non moins tranchés.

Les malades dont je veux parler ont la figure triste, mais en même temps un peu étonnée; leurs traits ne sont point contractés, leur regard est incertain : rien n'indique chez eux la contention douloureuse de l'intelligence; ils semblent au contraire dans un état tout passif.

Ces aliénés répondent lentement et brièvement aux questions qu'on leur fait; ils cherchent ce qu'ils ont à dire; il n'y a point chez eux de silence obstiné. S'ils ne parlent pas, ce n'est point par suite d'un projet arrêté ou de la fixité d'une idée qui absorbe leur attention : c'est par une sorte d'apathie, de paresse, d'embarras intellectuel.

Il y a chez ces malades deux choses à distinguer :

Un état général qui produit la torpeur, l'engourdissement physique et moral, et une sorte de tristesse sans motif; ils ont peur sans savoir pourquoi, ils redoutent des malheurs qu'ils ne spécifient point, etc. : c'est une mélan-

colie sans délire. ou, si l'on veut, l'ennui porté au plus haut degré.

En général, il survient plus tard dans les sensations un trouble qui engendre une foule d'illusions et bientôt le délire.

Les malades savent où ils sont; ils reconnaissent les personnes qui les entourent; mais les figures sont changées, les objets sont tranformés: ils ne voient plus rien comme autrefois.

C'est à ces aliénés qu'il faut surtout appliquer ce qu'Esquirol a fait dire à certains mélancoliques compris dans sa seconde variété:

« J'entends, je vois, je touche, disent plusieurs lypémaniaques; mais je ne sens pas comme autrefois. Les objets ne viennent pas à moi et ne s'identifient pas avec mon être; un nuage épais, un voile change la teinte et l'aspect des corps. Les corps les mieux polis me paraissent hérissés d'aspérités. »

L'espèce de mélancolie que je viens d'indiquer ne doit point être confondue avec celle dans laquelle « l'immobilité du corps, la fixité des traits de la face, le silence obstiné, trahissent la contention douloureuse de l'intelligence et des affections. »

Voici d'ailleurs une observation de cette variété de mélancolie, dont les caractères me semblent être, à un moindre degré, les mêmes que ceux de la stupidité.

Observation huitième.

Délire mélancolique; deux tentatives de suicide par strangulation à l'époque menstruelle: embarras intellectuel; hallucination et illusions nombreuses; guérison. (Service de M. Mitivié).

La femme M..., âgée de quarante-quatre ans, de petite taille, mais d'une constitution forte, d'un tempérament

sanguin, est entrée à la Salpêtrière le 24 octobre 1842. Peu de jours après son entrée, elle essaya de s'étrangler avec un mouchoir. Outre les traces qu'offraient le cou, les deux conjonctives étaient infiltrées de sang. La malade avait alors ses règles. Cependant la raison revint presque immédiatement, et, dans les premiers jours de novembre, la santé de cette femme était excellente. Sa famille la fit alors sortir, malgré l'avis du médecin; son délire ayant reparu peu de temps après, elle fut ramenée à la Salpêtrière le 25 novembre. Le lendemain de son entrée, ayant encore ses règles, elle fit une nouvelle tentative de strangulation; c'est alors seulement que je la vis dans l'état suivant :

Cette femme est calme, elle reste assise ou debout auprès de son lit sans s'occuper: sa physionomie est triste et en même temps un peu hébétée, son regard incertain. Quand on l'interroge, elle répond sans difficulté; mais ses réponses sont lentes, brèves; elle cherche ce qu'elle veut dire. Depuis le début du délire, elle ne peut plus compter les jours ni les mois. Elle prétend ne pas pouvoir *se retrouver;* il lui est impossible de penser à une chose nette. Elle a la tête lourde et fatiguée. Elle serait bien en peine de dire ce qui l'afflige; elle n'en sait rien elle-même. Elle croit avoir fait beaucoup de mal; mais on ne peut rien lui faire spécifier. Elle a des bourdonnements dans les oreilles; elle entend dire toute sorte de choses; elle est comme *ahurie.* Les premiers jours, la malade, au moment de s'endormir, voyait des ombres, des figures; maintenant, dès qu'elle s'assoupit, elle se réveille en sursaut, et des hallucinations la poursuivent : elle trouve *un changement* à tout ce qui l'entoure, etc.

L'appétit est assez bon; constipation. Pas de chaleur à à la peau. Le pouls bat cent pulsations par minute. (On

prescrit des laxatifs; on force la malade à se promener, à assister aux réunions; on l encourage au travail.)

Peu de jours après la cessation des règles, on commença l'usage des bains, en continuant les laxatifs. On amena cette femme à travailler. Elle allait sensiblement mieux, mais était loin d'être complétement bien. Elle causait peu, restait à l'écart, etc.

Le 27 décembre, les règles parurent et coulèrent plus abondamment qu'aux époques précédentes. La malade, surveillée avec soin, ne manifesta aucune idée de suicide. Son état ne s'était point aggravé. Après la cessation des règles, l'amélioration fut rapide. M... s'occupe du ménage, aide les filles de service; elle cause plus longuement, et affirme, être guérie.

Le 6 janvier, je l'examinai avec soin, et la trouvai en effet complétement raisonnable. Elle me donna sur sa maladie de nouveaux détails que je joins à ceux déjà rapportés.

Pendant son délire, M... voyait du feu autour d'elle, et brûlait sans que cela lui fît de mal; elle sentait des odeurs infectes, ne trouvait aucun goût à tout ce qu'elle mangeait. Les nuits lui semblaient si longues qu'elle les supposait d'une durée double des nuits ordinaires. Elle entendait comme des voix qui bourdonnaient autour d'elle, mais sans rien distinguer. Pendant les premiers jours, elle a cru être dans une prison, et prenait les femmes pour des hommes déguisés (1). Le soir, à l'approche de la nuit, les figures lui semblaient effrayantes; le matin, au contraire, elle voyait les objets plus nettement. Tout-à-fait au début, elle était persuadée qu'on allait la jetter dans des chaudières d'eau bouillante: elle entendait le bruit de l'eau en

(1) C'est là chez les femmes aliénées une illusion très fréquente et qu'on etrouve surtout dans la folie chroniq = e.

ébullition, et celui qu'on faisait en mettant le charbon dans les fourneaux. Quant aux causes qui l'ont portée à ses deux tentatives de suicide, c'est tout le bouleversement qui avait lieu autour d'elle, et dont elle croyait être la cause: *les uns disaient qu'ils avaient mal à la tête, les autres qu'ils étaient enrhumés;* et comme elle était l'*auteur* de tout cela, *il fallait mieux mourir.*

Cette femme était assurément mélancolique; mais il est impossible de rattacher cette forme de mélancolie à celle dans laquelle les malades « sont mobiles, irritables, toujours en mouvement à la recherche de leurs ennemis, et racontent à tout venant leurs maux, leurs craintes, leur désespoir. « Il est également impossible de la comparer à la seconde variété indiquée par Esquirol, et dans laquelle « l'immobilité du corps, la fixité des traits de la face, le silence obstiné, trahissent la contention douloureuse de l'intelligence et des affections, etc. »

Les symptômes qui dominent ici, ce sont l'embarras des idées, les illusions, les hallucinations, une sorte de fatigue de tête, ou même, pour me servir de cette expression caractéristique de la malade, une sorte d'*ahurissement*; puis, en dehors de ces symptômes, l'apathie, l'immobilité, un état général d'oppression; et, en effet, elle ne s'agite pas, ne crie jamais, passe sa journée sans dire un mot, et répond à peine aux questions qu'on lui fait.

Ces symptômes ressemblent beaucoup à ceux de la stupidité, dont ils ne sont qu'un diminutif. Ce que cette femme raconte après sa guérison offre surtout la plus grande analogie avec ce que disent les aliénés stupides après la cessation de leur délire. Il suffira, pour s'en convaincre, de comparer les faits.

Il y aurait donc trois sortes de mélancoliques :

1° Ceux qui sont mobiles, irritables, et qui vont raconter

à tout venant leurs maux, leurs craintes, leur désespoir, etc. ;

2° Ceux qui, par suite d'idées fixes parfaitement déterminées, gardent un silence obstiné, et chez lesquels tout indique l'activité intérieure de la pensée et la contention douloureuse de l'intelligence :

3° Les mélancoliques immobiles, inertes, mais par apathie, par suite d'embarras intellectuel et d'oppression des forces. Ceux-ci répondent, mais lentement, avec peine; il faut les exciter: ils cherchent leurs idées, répètent les questions qu'on leur fait, comme pour les mieux comprendre; enfin, ils ont des illusions nombreuses.

Les malades appartenant aux deux premières variétés, soit qu'ils parlent et s'agitent, soit qu'ils se taisent et restent immobiles, sont dans un état actif. Les derniers sont, au contraire, dans un état tout passif.

C'est cette variété de la mélancolie, qu'on pourrait appeler passive, avec stupeur, avec embarras intellectuel, qui paraît être comme un premier degré de beaucoup de cas de stupidité. Chez les stupides, il y a aussi torpeur, apathie, engourdissement, oppression des forces, mais ces symptômes sont plus prononcés; les objets extérieurs sont aussi transformés, mais d'une manière plus complète; l'intelligence est plus embarrassée, et les malades perdent la conscience du temps, des lieux, des personnes, etc.

La stupidité est à la mélancolie avec stupeur ce que la manie très aiguë est à l'excitation maniaque. Dans la manie très aiguë, le malade n'a plus conscience de ce qui se passe autour de lui, il ne reconnaît plus personne, toutes ses impressions sont transformées, l'incohérence des idées est complète, l'agitation extrême. Dans la simple excitation maniaque, il y a aussi de l'incohérence, des illu-

sions des sens, de l'agitation ; mais on peut fixer plus ou moins longtemps l'attention du malade, qui sait où il est et reconnaît souvent les personnes qui l'entourent. Ce malade, s'il transforme quelques unes de ses impressions, en perçoit un grand nombre comme dans l'état normal. Ces deux états ne sont que deux degrés différents de la même maladie, et on arrive graduellement de l'un à l'autre par des nuances presque insensibles.

Il en est très souvent de même de la stupidité et de la variété de mélancolie dont j'ai parlé ; l'une ne semble être que l'exagération de l'autre.

Les observations de stupidité analogues à celles que j'ai rapportées me paraîtraient donc devoir être séparées de la mélancolie ordinaire pour former une variété tout à fait spéciale de ce genre de folie.

Je ne prétends, d'ailleurs, en aucune manière étendre cette opinion à tous les faits, mais je la crois applicable au plus grand nombre.

J'ai dit plus haut comment M. Etoc, s'attachant surtout chez les aliénés stupides à la suspension et à l'embarras des idées produits par l'œdème du cerveau, n'avait vu dans cette affection qu'une complication de la folie, qu'un accident pouvant s'ajouter à cette maladie comme à toute autre.

Cette manière d'envisager la stupidité ne me paraît point applicable aux cas que j'ai cités.

L'intelligence n'a été suspendue chez aucun des aliénés dont j'ai rapporté les observations.

Tous ces malades, malgré l'embarras des idées, avaient un délire intérieur dont ils ont pu rendre compte après leur guérison : ce délire avait même des caractères particuliers qui se sont retrouvés dans tous les cas ; il était de nature exclusivement triste, entretenu par des illusions et

des hallucinations, et souvent accompagné d'idées de suicide. Les malades étaient, en outre, dans un état tout spécial : ils avaient perdu la conscience du temps, des lieux, des personnes, et vivaient dans un monde imaginaire.

Ce délire et l'état intellectuel qui l'accompagne ne précèdent pas la stupidité, ils se produisent avec elle, et paraissent être le résultat du trouble des sensations. Les aliénés stupides, comme l'a très bien dit M. Etoc, ne voient plus les objets qu'à travers un voile; mais de là naissent bientôt des illusions nombreuses qui engendrent elles-mêmes les conceptions délirantes les plus bizarres.

Il n'y a donc pas seulement embarras de l'intelligence chez les aliénés stupides, mais encore production d'un délire particulier; il y a donc plus qu'une simple complication, et je ne saurais pour tous ces faits admettre l'opinion de M. Etoc.

Quant à celle de Georget, qui fait de la stupidité un genre particulier de folie, caractérisé par l'absence de la manifestation de la pensée, elle ne saurait évidemment s'appliquer aux faits que j'ai rapportés. Outre que je pense, avec M. Etoc, que l'absence de la manifestation de la pensée ne saurait suffire pour caractériser un genre particulier de folie, je n'ai vu, chez les aliénés stupides que j'ai rencontrés, que des mélancoliques, avec des symptômes spéciaux.

La stupidité, dans beaucoup de cas, ne me paraît donc être ni une simple complication des diverses espèces de folie ni un genre particulier de délire; c'est pour moi le plus haut degré d'une variété tout à fait spéciale de la mélancolie.

Maintenant convient-il de conserver la dénomination de stupidité pour désigner des malades qui ont un délire intérieur; chez lesquels la pensée ne cesse point d'être

active, et qui peuvent après leur guérison rendre compte des idées qui les occupaient ?

M. Parchappe, dans son dernier ouvrage, appelle stupididé la démence au dernier degré (1). Dans toutes les observations qu'il rapporte, l'intelligence des malades, après un temps variable, s'était complétement éteinte. C'est, en effet, la seule acception qu'on puisse donner au mot stupidité, qui signifie alors l'abolition, la destruction incurable de l'intelligence.

M. Chambeyron, dans sa traduction d'Hoffbauer, désigne aussi sous le nom de stupides les malades en démence.

Il est évident qu'on ne s'entendra bientôt plus sur la signification du mot stupidité chez les aliénés, si l'on continue à l'appliquer à des états si complétement différents. Il serait donc préférable de rappeler par un mot la nature du délire des malades et l'état spécial dans lequel ils se trouvent.

Ce qui caractérise surtout cet état, c'est : 1° le délire mélancolique ; 2° l'embarras intellectuel ; 3° la transformation des impressions externes ; 4° l'inertie.

Les dénominations de mélancolie passive, avec stupeur, avec embarras intellectuel, me paraîtraient convenir pour désigner tous les cas analogues à ceux que j'ai cités dans ce travail ; on devrait d'ailleurs, dans cette variété de mélancolie, distinguer plusieurs degrés, dont le plus élevé, caractérisé par la transformation générale des impressions, par l'existence du malade dans un monde imaginaire, par la suspension de la sensibilité, constitue véritablement un état spécial, comme l'extase, la catalepsie, etc.

Mais ces dénominations de mélancolie passive, avec stupeur, avec embarras intellectuel, pourraient-elles s'ap-

(1) *Traité théorique et pratique de la folie.*

pliquer à tous les cas? N'y a-t-il pas des malades dont l'intelligence est *complétement* suspendue, comme l'ont pensé Georget, M. Etoc et surtout M. Ferrus ? Enfin le délire intérieur des aliénés stupides est-il *toujours* de nature triste? Les faits que j'ai cités, réunis même à plusieurs autres que je possède, sont évidemment trop peu nombreux pour me permettre de trancher ces questions importantes.

Cependant je crois devoir, comme complément de ce travail, examiner jusqu'à quel point les faits cités par Georget et par M. Etoc peuvent infirmer ceux que j'ai moi-même observés.

1° Observations de Georget et de M. Étoc tendant a prouver que l'intelligence peut être suspendue chez les aliénés stupides.

Ces observations sont au nombre de trois; je citerai un extrait de chacune d'elles, en reproduisant textuellement tout ce qui a rapport à l'état intellectuel des malades pendant la durée de la stupidité.

Observation première (Georget).

Fille de trente-six ans. Symptômes de stupidité au plus haut degré pendant trois mois. Guérison. Voici comment Georget, d'après les renseignements qu'il obtint, décrit l'état intellectuel de la malade :

« Elle ne pensait à rien; quand on lui parlait, elle ne retenait que le premier mot de la phrase et n'avait pas la force de répondre. Elle n'avait pas senti la douleur quand on lui mit un séton. »

Observation deuxième (M. Étoc).

Femme de vingt-six ans. Symptômes de stupidité, précédés de manie, et disparaissant après dix mois. Persistance du délire.

« La malade, dit M. Étoc, ne put qu'imparfaitement rendre compte de son état antérieur. Elle se borne à dire qu'elle ne pensait à rien, qu'elle ne désirait rien, et reconnaissait confusément ce qui se passait autour d'elle. »

Observation troisième (communiquée à M. Etoc par M. Lélut).

Jeune homme de seize ans. Symptômes de stupidité avec des rémissions pendant plusieurs mois.

« Ce malade, dit M. Etoc, était convalescent lorsque j'entrai à Bicêtre; je regrette de ne pas l'avoir interrogé sur ce qu'il ressentait pendant son état de stupidité. Voici une circonstance qui pourra servir à remplir cette lacune. Un jour que M. Ferrus lui refusait la permission de se promener dans les cours de l'hospice, le malade fit ce singulier raisonnement, que je ne manquai pas de noter : Vous me rendez la raison, et vous ne voulez pas que je m'en serve; autant valait ne pas me guérir. J'étais plus heureux, je ne désirais rien; j'étais comme une machine. »

De ces trois faits, les deux derniers sont très incomplets. La seconde malade restée aliénée n'a pu, dit M. Etoc, rendre qu'imparfaitement compte de son état. Le troisième n'a pas été interrogé après sa guérison. C'est par une phrase dite par hasard qu'on a connu son état intellectuel pendant la durée de la stupidité Reste donc la première observation, qui, bien que plus positive, laisse

encore beaucoup à désirer. La malade, dit Georget, ne pensait à rien. Mais lui a-t-on demandé si elle savait où elle était, si elle voyait les personnes qui l'entouraient, et comment elle les voyait? N'avait-elle sur tout cela aucune idée vraie ou fausse? Dire qu'elle ne pensait à rien ne me paraît pas suffisant, et d'autres détails seraient nécessaires.

Les faits cités par Georget et par M. Étoc sont donc trop peu nombreux et trop incomplets pour prouver que l'intelligence peut être suspendue chez les aliénés stupides.

Ce serait d'ailleurs une erreur d'admettre la suspension de l'intelligence parce que le malade déclare après sa guérison qu'il ne pensait à rien. Cela pourrait tout aussi bien s'expliquer chez le convalescent par l'oubli complet des idées qui l'ont occupé. Ne sait-on pas que beaucoup de personnes ne conservent aucun souvenir de leurs rêves; n'en est-il pas ainsi des somnambules et même de quelques aliénés pour tout ce qu'ils ont fait pendant l'accès? Pourquoi n'en serait-il pas de même chez les stupides? L'observation suivante prouvera que cette supposition est vraie au moins dans certains cas.

Observation neuvième.

Délire mélancolique, embarras intellectuel, apparence de stupidité; plus tard agitation automatique; guérison après cinq semaines.

La femme C..., âgée de quarante-huit ans, journalière, est entrée à la Salpêtrière le 17 mai 1842, dans le service de M. Mitivié : voici les renseignements donnés par la famille sur les causes et le commencement du délire.

Le 4 *mai*, on a volé à cette femme sa chaîne d'or et ses boucles d'oreilles. Cette perte, qui pour elle était consi-

dérable, l'affligea beaucoup. Depuis lors elle est devenue triste et parle souvent du malheur qui lui est arrivé.

Le 3 *juin*, elle revient des champs au milieu de la journée : une céphalalgie très forte l'avait obligée de cesser son travail. On s'aperçut presque aussitôt que les idées étaient peu suivies, et une saignée fut immédiatement pratiquée. Le lendemain. C... est plus triste, silencieuse, abattue. On la conduit à l'hôtel-Dieu. Elle est saignée de nouveau. Après quelques jours, on est obligé de l'envoyer à la Salpêtrière, parce qu'elle troublait le repos des autres malades.

A son entrée dans le service de M. Mitivié, elle offre les symptômes suivants :

La face est pâle, les yeux fixes, la physionomie étonnée. C... est immobile, ne répond à aucune question; quand on l'interroge, elle remue les lèvres et marmotte des mots dont il est impossible de rien saisir. A force d'instances, en la stimulant vivement, on obtient des monosyllabes dits à voix si basse qu'on les entend à peine. La malade paraît comprendre quelques-unes des questions qu'on lui fait. Elle montre sa langue et marche quand on l'y engage. Sa démarche est lente, mal assurée, et dénote une faiblesse assez grande.

La langue est sèche, râpeuse; la peau chaude, le pouls à 110. Constipation, insomnie. La malade a ses règles. (Orge miellée, lavements laxatifs.)

Le 19, les règles ont cessé; les symptômes sont les mêmes. Je parviens à saisir quelques uns des mots que C... marmotte; elle dit *qu'elle est morte*, *que son corps a été coupé en deux*, *qu'elle n'a plus de tête*. Pendant la nuit, elle voulait sortir de son lit; on a été obligé de la faire recoucher plusieurs fois. Même état de la langue, la fièvre persiste.

Le 21, il est survenu une sorte d'agitation comme automatique. C... ramasse les couvertures de son lit: elle va et vient, sans savoir ce qu'elle fait; ses yeux sont largement ouverts, sa physionomie hébétée; on ne peut en obtenir aucune réponse; elle répète parfois le commencement de la question qu'on lui adresse, mais elle ne va pas au-delà.

Le 22, la langue est humide, la fièvre a cessé. On est parvenu à lui faire boire un peu de lait.

Le 25, elle a dormi très longtemps. Il y a aujourd'hui beaucoup plus de calme ; d'ailleurs mêmes symptômes de stupeur, même état de mutisme, constipation. (Orge miellée, calomel, bains.)

Le 27, j'obtiens quelques mots de la malade ; elte croit être en prison.

Le 29, C... commence à répondre, mais très lentement, très laconiquement. Elle garde le silence pour le plus grand nombre des questions; ses yeux sont toujours largement ouverts, le regard est incertain ou fixe.

Le 6 *juillet*, elle est très apathique ; elle passe sa journée assise à la même place ; quand on l'interroge, elle remue les lèvres, mais n'entend rien; elle ne sait pas où elle est, a l'air étonné; somnolence presque continuelle. On est parvenu à la faire un peu travailler.

28 *juillet*, C... est complètement raisonnable depuis huit jours; elle répond aux questions qu'on lui fait, mange et dort bien; elle travaille toute la journée.

Sortie guérie le 6 août 1842.

J'ai interrogé cette femme avec soin avant sa sortie, et je n'ai presque rien pu en obtenir; non qu'elle ne mît beaucoup de bonne volonté à me donner des détails, mais parce qu'elle n'avait rien à me dire. Pendant sa maladie, elle ne pensait à rien, elle était comme imbécile, elle avait

comme un bourdon dans la tête, ne pouvait pas parler; ça la tenait dans la gorge; elle n'entendait pas ce qu'on lui disait, excepté dans les derniers temps; elle croyait être en prison; il lui semblait que tout le monde se moquait d'elle et qu'on crachait sur elle comme sur une voleuse(1).

Assurément il y a loin de cette malade à plusieurs autres, qui m'ont donné sur leur état antérieur des détails si précis, si complets. Si même je m'en étais tenu à ce qu'elle m'a dit d'abord, j'aurais pu croire à la suspension réelle de son intelligence. Mais qu'on se rappelle ce que j'avais surpris un jour pendant qu'elle était encore dans la stupeur ; elle était morte, son corps avait été coupé en deux; elle n'avait plus de tête. De tout cela la malade n'en gardait aucun souvenir, et ne m'eût-elle pas dit les phrases qui terminent l'observation, que je n'en aurais pas moins eu la certitude de l'existence d'un délire mélancolique. De

(1) Je crois devoir prévenir, quant au diagnostic de la maladie de cette femme, l'objection qu'on pourrait faire qu'elle n'était point dans un état de stupidité, et cela à cause de l'agitation survenue pendant plusieurs jours, et qui n'est point en effet un symptôme ordinaire.

M. Étoc a cité un fait semblable.

« Quelquefois, dit cet auteur, la malade *s'agite, marche vite,* sans but, sans motif; elle va devant elle; on dirait qu'elle se meut pour se mouvoir, par instinct, sans la participation de l'intelligence. Peut-être cependant cette agitation est-elle déterminée par des hallucinations. Si on lui parle, elle répond lentement : Oui... non... je ne sais pas... Où donc que je suis?... Je veux mourir... »

Ainsi voilà, d'après M. Étoc, une malade stupide qui s'agite, marche vite, répond quand on l'interroge. L'agitation peut donc se rencontrer chez ces malades; mais cette agitation a un caractère particulier très bien décrit par M. Étoc. Il semble en effet que l'aliéné se meuve sans but, sans motif, par instinct, sans la participation de l'intelligence. On dirait des mouvements automatiques.

M. Étoc a vu aussi les symptômes fébriles qui ont marqué les premiers jours de la maladie de la femme C... Dans son observation huitième, on nota à l'entrée tous les signes d'une affection typhoïde.

J'insiste sur ces points, parce que le premier fait à prouver dans ce travail, c'est que les malades soumis à mon observation sont bien des aliénés stupides, tels que Georget et M. Étoc les ont décrits, et j'ai insisté longuement sur la description des symptômes pour prévenir toute objection à cet égard.

ce qu'une convalescente déclare qu'elle ne pensait à rien pendant sa maladie, il ne faudrait donc pas conclure à la suspension de son intelligence.

Ainsi, outre que les faits sur lesquels on s'est appuyé pour admettre la suspension de l'intelligence chez les aliénés stupides ne sont ni assez nombreux ni assez complets, cette prétendue suspension des facultés peut, dans certains cas, s'expliquer par l'oubli de ce qui s'est passé dans l'accès.

Il me reste à examiner jusqu'à quel point les observations de Georget et de M. Étoc prouvent que le délire intérieur des aliénés stupides n'est pas toujours uniforme et de nature triste, comme dans les faits que j'ai cités.

2° OBSERVATIONS DE GEORGET ET DE M. ÉTOC, POUVANT SERVIR A DÉTERMINER LA NATURE DU DÉLIRE CHEZ LES ALIÉNÉS STUPIDES.

Ces observations sont au nombre de quatre. J'en rapporterai également un extrait dans lequel je citerai textuellement tout ce qui a rapport à la nature du délire.

Observation première (Georget).

Jeune fille de vingt-deux ans, tombée dans la stupidité à la suite d'une émotion morale très vive. Elle rendit compte de son état, après sa guérison, de la manière suivante :

Elle entendait bien les questions qu'on lui adressait, mais ses idées venaient en si grand nombre et si confusément, qu'il lui était impossible d'en rendre aucune.

Observation deuxième (M. Étoc).

Mademoiselle N..., âgée de vingt-quatre ans, devint aliénée en apprenant qu'un mariage vivement désiré était rompu sans retour. Dès le début, elle brise ses meubles, déchire ses vêtements. « Elle n'est pas faite pour qu'un homme se joue d'elle ; elle est homme aussi, elle saura bien le prouver... » Cette idée domine tellement dans son esprit qu'elle imite la démarche et prend les vêtements de son nouveau sexe.

Après trois mois, elle tombe dans la stupidité, et guérit au bout d'un mois environ. Interrogée sur ce qu'elle avait éprouvé pendant sa maladie, elle dit à M. Étoc « qu'elle avait confusément la conscience de son état, qu'elle n'en ressentait point de peine et ne songeait point à en sortir. Elle ne souffrait nulle part. Quand on lui piquait les bras et les jambes, elle éprouvait une légère douleur analogue au chatouillement ; elle n'avait pas l'idée de les retirer ; elle croyait encore être homme, mais elle n'y attachait pas d'importance. »

Observation troisième. (M. Étoc).

La fille G..., domestique, devient aliénée à vingt-sept ans. Voici comment M. Étoc décrit le début du délire : « La malade passe subitement de la gaieté la plus vive à la tristesse la plus sombre ; danse, rit, pleure et chante sans motif, déchire ses vêtements *pour s'amuser*. Au bout de quelques jours d'agitation le calme revient ; elle entend des voix confuses qui lui parlent ; *elle veut mourir elle se tuera*. » Bientôt elle entre à la Salpêtrière avec des symptômes de stupidité.

« Si on lui parle, ajoute M. Étoc, elle répond lentement oui..., non..., je ne sais pas..., où donc que je suis?.., *je veux mourir*... »

Peu de temps après, la malade fait une chute sur le visage dans un escalier. La lèvre supérieure est divisée dans toute son épaisseur. M. Étoc soupçonne qu'il y a eu une tentative *de suicide*. Au bout de peu de temps la malade meurt dans le marasme.

Observation quatrième. (M. Étoc).

(J'ai rapporté cette observation à la suite de celles que j'ai moi-même recueillies, comme offrant avec elles la plus grande analogie; c'est la malade qui, au milieu d'une infirmerie, se croyait dans un désert ou aux galères, et voyait autour d'elle des voitures chargées de cercueils.)

De ces quatre observations, les deux dernières confirment complétement celles qui me sont propres. Dans ces deux cas, en effet, le délire était de nature triste, te de plus l'une des malades au moins avait des idées de suicide.

Le premier de ces faits ne peut en aucune manière servir à éclairer la question, et sous ce rapport il est tout à fait nul. Il venait à l'esprit de la malade un très grand nombre d'idées; mais de quelle nature étaient ces idées? Georget ne le dit pas.

Reste donc la deuxième observation : celle-ci n'est pas beaucoup plus positive. La malade, qui pensait avoir changé de sexe avant de tomber dans la stupidité, a conservé cette idée; elle croyait encore être homme, mais elle n'y attachait aucune importance. Voilà tout ce qu'on a su quant à la nature de son délire, elle n'a pas donné d'autres détails. N'avait-elle que cette idée, ou bien lui en

venait-il d'autres à l'esprit ? On ne sait rien à cet égard. Ce fait isolé ne saurait d'ailleurs prouver que le délire des aliénés stupides n'est pas constamment de nature triste. Je ne prétends pas nier assurément qu'il puisse y avoir des exceptions à cet égard, mais je dis que les faits cités par Georget et par M. Étoc ne le démontrent en aucune manière.

Une seule observation de stupidité est citée dans les Leçons de M. Ferrus insérées dans la *Gazette des hôpitaux*, et cette observation, quoique manquant de détails, vient confirmer ce que j'ai dit de la nature du délire.

« Il y a quelques années, un négociant probe et laborieux, ayant éprouvé des pertes commerciales accablantes, résolut de ne pas survivre à sa ruine et se *précipita dans la Seine*; mais il fut secouru à temps et conduit à Bicêtre. Il y arriva dans un état complet de stupidité, qui céda trois mois après à l'emploi des toniques. »

Le passage suivant des Leçons de M. Ferrus, sur l'étiologie de la stupidité, vient encore à l'appui de l'opinion que j'ai émise plus haut sur la nature du délire des aliénés stupides :

« L'importance des émotions vives, brusques et surtout *tristes* et *effrayantes* dans la production de la stupidité, est si remarquable qu'elle a été généralement comprise par tous les artistes qui, voulant représenter la douleur, lui ont donné l'attitude de la stupidité, et, comme l'a dit Montaigne : « Voilà pourquoi les poètes feignent cette misérable mère, Niobé, ayant perdu premièrement sept fils « et puis de suite autant de filles, surchargée de pertes, « avoir été transformée en rocher, pour exprimer cette « morne, muette et sourde stupidité qui nous transit « lorsque les accidents nous accablent, surpassant notre « portée. »

Pour juger définitivement cette question de l'uniformité du délire chez les aliénés stupides, il reste désormais à étudier les cas où la stupidité, au lieu d'être primitive, est précédée de monomanie ou de manie. Il serait intéressant de rechercher si ce délire reste le même, s'il n'est que modifié par la compression cérébrale, ou bien s'il change de nature et devient constamment triste. Les malades perdent-ils la conscience du temps, des lieux, des personnes, etc. ? C'est là un point très important, car il s'agit de décider si l'état désigné sous le nom de stupidité est toujours le même, quant à la nature du délire.

L'observation de chaque jour nous montre des malades avec des alternatives d'excitation maniaque et d'abattement, passant de la manie à la mélancolie, et dont le délire change complétement de nature. Je ne puis mieux faire, à cet égard, que de citer la description qu'un aliéné, guéri par Willis, donnait lui-même du changement brusque qui s'opérait en lui.

« J'attendais toujours avec impatience, dit le malade, l'accès d'agitation, qui durait dix à douze jours, plus ou moins, parce que je jouissais pendant toute sa durée d'une sorte de béatitude ; tout me semblait facile, aucun obstacle ne m'arrêtait en théorie, ni même en réalité ; ma mémoire acquérait tout à coup une perfection singulière... »

« Mais, ajoute-t-il plus loin, si ce premier genre d'illusions me rendait heureux, je n'en étais que plus à plaindre dans l'état d'abattement qui le suivait toujours et qui durait à peu près autant. Je me reprochais toutes mes actions passées et jusqu'à mes idées mêmes. J'étais timide, honteux, pusillanime, incapable d'action, soit au physique, soit au moral. Le passage de l'un de ces états à l'autre se faisait brusquement, sans aucune transition, et presque toujours pendant le sommeil. »

Une des observations de M. Étoc, que j'ai citée plus haut, prouve qu'il peut en être ainsi quand la stupidité succède à la manie. La malade, au début du délire, « passe subitement, dit ce médecin, de la gaieté la plus vive à la tristesse la plus sombre, danse, rit, pleure et chante sans motif, déchire ses vêtements pour s'amuser ; » bientôt après elle tombe dans la stupidité. Le délire est alors devenu mélancolique ; on entend dire à la malade qu'elle veut *mourir...*, qu'elle *se tuera.*

J'ai dans mon service une femme âgée de soixante-dix ans, qui est depuis plus de quinze ans à la Salpêtrière, et qui passe alternativement de la manie à la stupidité, ou de la stupidité à la manie. Je l'ai vue cinq mois de suite dans la stupeur la plus profonde, ayant les yeux largement ouverts, la physionomie hébétée, ne répondant à aucune question, ne retirant pas son bras quand on la pinçait, etc.; je l'ai vue aussi dans l'excitation maniaque. Or, son état intellectuel diffère complétement dans les deux cas : stupide, elle a des idées noires, elle voit ses parents morts, il lui semble que les objets suspendus vont tomber, que le feu va prendre ; maniaque, cette femme est plutôt gaie que triste, et n'a rien conservé des idées dont je viens de parler.

Je crois donc qu'il arrive, pour le passage de la manie ou de la monomanie à la stupidité, ce qui a lieu quand la mélancolie succède à la manie ou à la monomanie ; le délire change de nature. C'est là d'ailleurs, comme je l'ai déjà dit, une question pour la solution de laquelle de nouvelles observations sont nécessaires.

Fût-il démontré que dans certains cas le délire ne change point de nature, on n'en serait pas moins forcé d'admettre qu'il est agrandi et modifié. On concevrait en effet difficilement qu'il en fût autrement.

Les sens, comme l'a très bien vu M. Étoc, sont chez les aliénés stupides dans un état particulier. Les impressions sont rarement perçues distinctement, les objets paraissent comme voilés, etc. N'y a-t-il pas là une nouvelle source de délire? L'aliéné ne jugera-t-il pas faussement ce qu'il voit déjà à moitié transformé? ce jugement erroné ne donnera-t-il pas lieu à des illusions nombreuses, et bientôt, comme conséquences, aux conceptions délirantes les plus bizarres? C'est en effet ce qui ressort de toutes les observations précédentes. Ainsi, en supposant que le délire puisse, dans certains cas, ne pas changer de nature, ce qui n'est pas démontré, il n'en serait pas moins vrai qu'il est agrandi et profondément modifié par le fait même de la stupidité.

Je ne puis d'ailleurs, avant de terminer, mieux faire juger de la nature du délire des aliénés stupides qu'en présentant le résumé (pour ce qui a trait à l'état intellectuel des malades) de toutes les observations recueillies par Georget, M. Étoc, et par moi.

Observations de Georget (2 obs.).

Obs. I. Suspension de l'intelligence.

Obs. II. La malade avait des idées nombreuses et confuses; mais elle ne dit pas de quelle nature étaient ces idées. (Observation nulle pour faire apprécier le caractère du délire.)

Observations de M. Étoc (8 obs.).

Obs. I. Délire mélancolique.

Obs. II. Suspension de l'intelligence. La malade, restée

aliénée, ne rendit qu'imparfaitement compte de son état.

Obs. III. Suspension de l'intelligence. Le malade n'a point été interrogé, et on n'eût rien su de son état intellectuel pendant la stupeur sans une phrase dite par hasard après sa guérison.

Obs. IV. La malade, avant de tomber dans la stupidité, croyait avoir changé de sexe. Cette idée persiste pendant toute la durée de cette affection. Aucun autre détail.

Obs. V. Délire mélancolique ; idées (et peut-être tentative) de suicide.

Obs. VI. Aucun renseignement sur le délire.

Obs. VII. Aucun renseignement sur le délire.

Obs. VIII. Aucun renseignement sur le délire.

Observations qui me sont propres (8 obs.).

Obs. I. Délire mélancolique ; tentatives de suicide.

Obs. II. Délire mélancolique ; tentatives de suicide.

Obs. III. Délire mélancolique ; tentative de suicide.

Obs. IV. Délire mélancolique ; tentatives de suicide.

Obs. V. Délire mélancolique ; tentative de suicide.

Obs. VI. Délire mélancolique.

Obs. VII. Délire mélancolique.

Obs. VIII. Délire mélancolique.

A ces huit observations j'en pourrais ajouter quatre autres offrant les mêmes caractères. Je citerai ces faits dans un second travail sur le même sujet et à l'appui de divers points de l'histoire de la stupidité. Quant aux dix-huit observations que je viens de rappeler, elles peuvent se résumer ainsi :

Aucun renseignement sur la nature du délire, quatre fois.

Suspension de l'intelligence (ou peut-être oubli de ce qui s'est passé pendant l'accès), trois fois.

Délire de nature douteuse, une fois.

Délire mélancolique, avec ou sans tentatives de suicide, dix fois.

Avec idées de suicide, six fois.

Ainsi, en retranchant les sept premiers cas dans lesquels le délire, s'il a existé, est resté inconnu, on trouve que de onze malades qui ont pu donner des renseignements sur les idées qui les occupaient, dix avaient un délire mélancolique ; et, comme je l'ai prouvé, il est permis de conserver des doutes pour la onzième observation.

Les faits précédents, s'ils ne prouvent pas, même en y ajoutant les quatre observations que je rapporterai plus tard, que le délire dans la stupidité soit toujours de nature triste, suffisent au moins pour démontrer qu'il en est ainsi dans le plus grand nombre des cas.

Cette conclusion ne découle point seulement des observations que j'ai recueillies. M. Étoc, en effet, a eu des renseignements sur la nature du délire de *trois* malades, et dans *deux* cas ce délire était de nature mélancolique ; chez l'un de ces malades il y avait, en outre, des idées de suicide.

Les observations de M. Étoc, loin de contredire l'opinion que j'ai émise, que la stupidité est dans la majorité des cas le plus haut degré d'une variété de mélancolie, confirment donc plutôt cette opinion.

CONCLUSIONS.

1° Les aliénés qu'on a désignés sous le nom de stupides n'ont, dans beaucoup de cas, que les apparences de la stupidité, et il y a chez ces malades un délire tout intérieur dont ils peuvent rendre compte après leur guérison.

2° Ce délire paraît être de nature exclusivement triste; il est souvent accompagné d'idées de suicide.

3° L'état des aliénés stupides est principalement caractérisé par un trouble des sensations et des illusions nombreuses qui jettent les malades dans un monde imaginaire.

4° La stupidité n'est, le plus souvent, que le plus haut degré d'une variété de la mélancolie.

5° L'état des aliénés stupides offre beaucoup d'analogie avec l'état de rêve.

III

FOLIE A DOUBLE FORME [1]

1854

Il n'y a pas d'états qui offrent entre eux des différences plus tranchées et des contrastes plus frappants que la mélancolie et la manie.

Le mélancolique est faible, timide et irrésolu; sa vie se passe dans l'inertie et le mutisme ; ses conceptions sont lentes et embarrassées.

Le maniaque, au contraire, est plein de confiance, d'énergie et d'audace; il déploie l'activité la plus grande, et sa loquacité n'a pas de bornes.

Il semble donc, en théorie, que deux états si opposés doivent être étrangers l'un à l'autre, et qu'une grande distance les sépare.

(1) Ce mémoire a été lu à l'Académie de médecine dans la séance du 31 janvier 1854 sous le titre suivant : « Note sur un genre de folie dont les accès sont caractérisés par deux périodes régulières, l'une de dépression et l'autre d'excitation.

Ce n'est pas, cependant, ce que démontre l'observation. On voit, en effet, dans beaucoup de cas, la mélancolie succéder à la manie, et réciproquement, comme si un lien secret unissait entre elles ces deux maladies.

Ces transformations singulières ont été souvent signalées.

Pinel parle d'accès de mélancolie qui dégénèrent en manie.

D'après Esquirol, il n'est pas rare de voir la manie alterner, et d'une manière très régulière, avec la phthisie pulmonaire, l'hypochondrie et la lypémanie.

Ces alternatives de la mélancolie et de la manie ont encore été constatées par M. Guislain, et je pourrais ajouter par presque tous les auteurs; mais si le fait est bien établi, il m'a semblé qu'il n'avait pas été suffisamment étudié.

En rapprochant et comparant un certain nombre d'observations, on reconnaît qu'il existe des cas assez nombreux dans lesquels il est impossible de considérer isolément et comme deux affections distinctes l'excitation et la dépression qui se succèdent chez le même malade. Cette succession, en effet, n'a pas lieu au hasard, et j'ai pu m'assurer qu'il existe des rapports entre la durée et l'intensité des deux états, qui ne sont évidemment que deux périodes d'un même accès. La conséquence de cette opinion, c'est que ces accès n'appartiennent en propre ni à la mélancolie ni à la manie, mais qu'ils constituent un genre spécial d'aliénation mentale, caractérisé par l'existence régulière de deux périodes : l'une d'excitation et l'autre de dépression.

C'est ce genre de folie dont je vais essayer d'indiquer ici les principaux caractères. Je le désignerai provisoirement sous la dénomination de *folie à double forme*.

Je ne crois pouvoir mieux faire, pour donner une idée

exacte des accès, que de citer quelques observations, en me bornant, d'ailleurs, aux détails qui me paraîtront les plus importants.

Obs. Ire. — Mademoiselle X..., âgée aujourd'hui de vingt-huit ans, a eu plusieurs accès de manie de seize à dix-huit ans. Après être restée bien portante pendant trois ans, elle éprouve une rechute, et depuis lors sa maladie n'a plus cessé. Cette maladie revient par accès, dont la durée est environ d'un mois.

Pendant les quinze premiers jours, on observe tous les symptômes d'une profonde mélancolie ; puis tout à coup la manie éclate et dure le même temps.

Quand la période de dépression commence, mademoiselle X... se sent en proie à une tristesse qu'elle ne peut surmonter. Une sorte d'engourdissement envahit peu à peu tout son être.

La physionomie prend une expression de souffrance, la voix est faible, les mouvements d'une lenteur extrême ; bientôt les symptômes s'aggravent, la malade reste sur sa chaise immobile et muette ; tout effort lui devient impossible, la moindre stimulation lui est pénible, la lumière du jour la fatigue. Mademoiselle X... apprécie très bien ce qui se passe autour d'elle ; elle comprend les questions qu'on lui adresse, mais elle n'y répond que lentement, par monosyllabes, et à voix si basse, que l'on ne saisit qu'incomplètement ce qu'elle dit. En même temps que tous les symptômes qui précèdent, il existe de l'insomnie, de l'inappétence, une constipation opiniâtre ; le pouls est petit et lent.

Au bout de trois ou quatre jours, la physionomie a déjà subi une atteinte profonde ; les yeux sont cernés, caves et sans expression, le teint pâle et jaunâtre.

Quand cet état a duré quinze jours, il cesse tout à coup

pendant la nuit, et la torpeur générale est remplacée par une exaltation très vive.

Le lendemain, on retrouve la malade avec les traits animés, le regard brillant, la parole vive, les mouvements brusques et rapides; elle ne peut rester un instant à la même place, et court çà et là comme si elle était entraînée par une force irrésistible.

Autant l'intelligence était embarassée, autant elle a acquis de vivacité. Mademoiselle X... saisit avec une sagacité remarquable tout ce qui, chez les personnes qui l'entourent, peut prêter au ridicule. Sa verve est intarissable et se signale par de continuelles épigrammes. Dans ce nouvel état l'insomnie continue, mais l'appétit est revenu.

Après quinze jours, le calme se rétablit presque subitement. Mademoiselle X..., qui se rappelle tout ce qu'elle a dit pendant la seconde période de son accès, se montre un peu triste et confuse; mais bientôt elle reprend ses habitudes ordinaires.

L'intermittence est malheureusement de peu de durée; rarement elle s'est prolongée deux ou trois mois ; le plus souvent, c'est après quinze ou vingt jours qu'un nouvel accès éclate.

La malade, qui pendant la période de dépression, ne prend qu'une quantité tout à fait insuffisante d'aliment, maigrit très rapidement. Une fois, la perte a été de 12 livres en quinze jours.

Dans la période de réaction et pendant les intermittences, l'appétit est très grand, et le retour de l'embonpoint a lieu aussi d'une manière très rapide.

Quant à l'état moral et intellectuel de la malade pendant les deux périodes de l'accès, je ne puis en donner une meilleure idée qu'en citant l'observation suivante, dans laquelle l'aliéné lui-même rend compte de ce qu'il éprouvait.

Obs. II. — Cet aliéné, guéri par Willis, avait des accès presque en tout semblables à ceux que je viens de décrire; seulement chaque période n'était que de dix jours au lieu de quinze.

« J'attendais toujours avec impatience, dit le malade, l'accès d'agitation qui durait dix à douze jours, plus ou moins, parce que je jouissais, pendant toute sa durée, d'une sorte de béatitude : tout me semblait facile; aucun obstacle ne m'arrêtait en théorie, ni même en réalité ; ma mémoire acquérait tout à coup une perfection singulière; je me rappelais de longs passages des auteurs latins. J'ai peine, à l'ordinaire, à trouver deux rimes dans l'occasion, et j'écrivais alors en vers aussi rapidement qu'en prose; j'étais rusé et fertile en expédients de toute espèce.

« La complaisance de ceux qui, pour ne pas me pousser à bout, me laissaient donner carrière à toutes mes fantaisies, renforçait dans mon esprit la persuasion de mes pouvoirs supérieurs et soutenait mon audace. Mon insensibilité au froid, à la chaleur, à tous les petits inconvénients de la vie, la justifiait encore. Enfin, un égoïsme profond et concentré me faisait rapporter tout à ma personne.

« Mais, ajoute-t-il, si ce premier genre d'illusions me rendait heureux, je n'en étais que plus à plaindre dans l'état d'abattement qui le suivait toujours, et qui durait à peu près autant. Je me reprochais toutes mes actions passées, et jusqu'à mes idées mêmes. J'étais timide, honteux, pusillanime, incapable d'action, soit au physique, soit au moral. Le passage de l'un de ces états à l'autre se faisait brusquement, sans aucune transition, et presque toujours pendant le sommeil. »

Je ne pourrais que répéter les détails qui précèdent pour l'état intellectuel et moral de la malade dont j'ai lu

plus haut l'observation. J'ai préféré ici laisser parler l'aliéné guéri par Willis.

J'emprunte la troisième observation à Esquirol. On verra que chaque accès, au lieu d'être de vingt jours ou d'un mois, se prolongeait trois ou quatre mois.

Obs. III. — La malade, après avoir eu un accès très court de mélancolie à vingt-huit ans, était restée bien portante jusqu'à trente-six ans. Elle redevient alors aliénée sans cause déterminée. Voici comment Esquirol décrit les accès.

« Au début, dit-il, tristesse, tiraillement, langueur d'estomac, découragement moral, incapacité de se livrer au moindre exercice, à la moindre occupation. Après six semaines, tout à coup excitation générale, insomnie; agitation, mouvements désordonnés, besoin de boire du vin porté à l'excès, trouble des idées, perversion des affections, etc. Après deux mois, les symptômes se dissipent, et la malade recouvre, avec la raison, le calme et la sobriété.

« Tous les ans, les accès se reproduisent avec les mêmes symptômes. »

La folie à double forme est ici bien caractérisée : les périodes se succèdent régulièrement, et chaque intermittence est d'environ huit mois.

Dans la quatrième observation, qui m'a été communiquée il y a quelques jours, et que je citerai textuellement, les accès sont de six mois.

Obs. IV. — « M. X... est sujet depuis vingt ans à des alternatives d'excitation et de dépression. Lorsqu'il tombe dans ce qu'il appelle lui-même son *spleen*, il devient indifférent à tout. Son œil est morne, sa marche lente et lourde. Quoique fort laborieux, il ne peut plus travailler, et il ne sent même plus aucun goût pour le travail. Cet état dure

plusieurs mois. M. X... reprend alors peu à peu de l'animation, et il passe par un intervalle très court de ce qu'on pourrait appeler raison parfaite; mais bientôt l'activité augmente à ce point qu'il est impossible de méconnaître une véritable excitation fébrile. Le malade ne dort presque plus, il lit et compose énormément, mais avec beaucoup de désordre. Il est pris parfois, quoique très âgé, d'accès de priapisme, et va jusqu'à courir dans son jardin, en proie à une fureur lascive. Cette période dure aussi environ trois mois, et M. X... retombe graduellement dans son *spleen*.

J'arrive aux accès qui se prolongent pendant une année. Ces faits sont peut-être les plus nombreux. Les malades passent près de six mois dans la période mélancolique et près de six mois dans la période maniaque. En voici un exemple observé chez une jeune fille qui est encore aujourd'hui dans mon service, à la Salpêtrière.

Obs. V. — Mademoiselle M..., âgée de vingt-quatre ans, a eu sa mère et sa grand'mère aliénées; elle-même est devenue mélancolique il y a quatre ans. Au début, tristesse, ennui, désœuvrement, idées de suicide. Ces symptômes, que l'on avait commencé à observer au mois de mai, s'aggravèrent graduellement, et la malade devint bientôt tout à fait inerte. Elle passait ses journées sur sa chaise, dans l'immobilité et le mutisme. Les yeux étaient largement ouverts et la physionomie exprimait la stupeur. Le teint était pâle, les extrémités froides, l'appétit presque nul; les urines coulaient involontairement. Cet état ne commença à s'améliorer que dans le mois d'octobre. Les progrès furent très lents; ce n'est guère qu'après six semaines que la jeune M... parut entrer en convalescence. Quinze jours s'étaient à peine écoulés, que des symptômes d'excitation survinrent. Bientôt la malade est tout à fait agitée. Elle

tient des propos obscènes, profère sans cesse des injures, et commet quelquefois des actes de violence, etc. Cette nouvelle phase de sa maladie se prolongea, à peu de chose près, autant que la première.

Depuis lors, trois accès semblables ont eu lieu.

La seule différence à noter, pour les derniers accès, c'est que les périodes, en conservant une durée égale, ont été caractérisées par des symptômes d'une moindre intensité.

Je demande la permission de citer une dernière observation que j'emprunterai à Esquirol.

Obs. VI. — « Un jeune homme du Midi, âgé de vingt-cinq ans, d'un tempérament éminemment nerveux, à l'approche de l'hiver, depuis trois ans, est pris d'une grande excitation. Alors il est très actif, toujours en mouvement, parle beaucoup, se croit d'un esprit distingué; fait mille projets, dépense beaucoup d'argent, achète, emprunte, sans trop s'inquiéter du paiement; très irritable, tout le blesse, excite ses emportements et sa colère; il n'est plus sensible à l'amitié de ses parents, il méconnaît jusqu'à la voix de son père. Dès que le printemps fait sentir son influence, ce jeune homme devient plus calme; peu à peu il est moins actif, moins bavard, moins susceptible; à mesure que la température s'élève, les forces physiques et intellectuelles semblent l'abandonner; il tombe dans l'inaction, dans l'apathie, se reprochant toutes les extravagances auxquelles il s'est livré pendant la période d'excitation; il finit par la lypémanie, par le désir de se tuer, et enfin par des tentatives de suicide. »

Les faits qui précèdent me paraissent suffisants pour faire apprécier les caractères de la folie à double forme.

Je dois cependant ajouter qu'on a observé des accès beaucoup plus courts que ceux que j'ai décrits.

Dubuisson parle d'une dame à laquelle il a donné des

soins pendant quatre ans, et qui offrait alternativement, et de deux jours, l'un des signes de mélancolie et de manie. « La malade, dit-il, présentait un jour les symptômes d'un délire mélancolique, caractérisé par l'avarice la plus sordide et la méfiance la plus grande, étant d'ailleurs assez douce, tranquille et taciturne. Le lendemain, ce délire partiel et exclusif change de nature, et devient général; alors la malade s'agite, se tourmente; elle crie, elle s'emporte, elle devient querelleuse et insupportable par ses fatigantes importunités, et par sa loquacité bruyante et continuelle : c'est ce qui oblige souvent de l'éloigner de la société, et de la tenir recluse pendant ces jours-là. »

Il existe d'autres observations dans lesquelles les accès étaient de six et de huit jours, chaque période ayant une durée égale. Il est à remarquer, en effet, que la durée des deux périodes est d'autant plus égale que les accès sont plus courts. Pour ces derniers, la transition d'une période à l'autre se fait d'une manière brusque et ordinairement pendant le sommeil. Le malade qui s'est couché mélancolique se réveille maniaque. Il n'en est plus ainsi lorsque les périodes se prolongent cinq à six mois; alors la transition a lieu très lentement et par degrés insensibles.

Il arrive même un moment où une sorte d'équilibre s'établit, et le malade, qui ne donne plus de signes de délire, paraît entrer en convalescence. Lorsqu'il s'agit d'un premier accès, il pourra alors arriver qu'on croie à la guérison.

J'ai commis deux fois cette erreur. A peine les malades, qui me paraissaient convalescentes, étaient-elles sorties de l'hospice, qu'on observait chez elles des symptômes d'excitation. Bientôt on les ramenait, en proie à l'agitation maniaque la plus vive.

C'était la seconde période de l'accès que je n'avais pas su prévoir.

Des erreurs semblables ont souvent eu lieu. Dans un cas même, on a laissé sortir d'un grand asile une jeune fille qu'on croyait guérie d'un accès de mélancolie, et cependant elle présentait déjà des signes évidents d'excitation. C'était le début de la période maniaque. La malade, en effet, se livra bientôt aux actes les plus fâcheux, et on la ramena furieuse dans l'asile qu'elle n'aurait pas dû quitter.

Je sais que l'interprétation donnée à ce dernier ordre de faits peut être contestée. Elle soulève des objections dont je ne méconnais pas la valeur, mais auxquelles j'essayerai cependant de répondre.

Lorsque la durée des accès est au plus de quelques mois et que la transition d'une période à l'autre a lieu d'une manière brusque et rapide, tout le monde admettra facilement que ces accès constituent une variété spéciale d'aliénation mentale; mais quand après cinq ou six mois de mélancolie un malade reste trente ou quarante jours sans donner signe de délire, et qu'il tombe ensuite dans un état maniaque, pourquoi, dira-t-on, ne pas s'en tenir à l'opinion de Pinel et d'Esquirol, et ne pas voir là deux maladies distinctes qui se succèdent?

N'y a-t-il pas là, en effet, une intermittence? et cette intermittence ne suffit-elle pas pour qu'on admette deux accès et non pas un seul?

Pour résoudre cette difficulté et savoir s'il y a ou non une véritable intermittence, il me paraît nécessaire de bien préciser ce qu'on doit entendre par le mot folie, et je demande la permission de faire à cet égard une courte digression.

C'est à tort, à mon avis, qu'on s'est borné à dire que la

folie est caractérisée par des désordres de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté. Il y a dans cette maladie deux éléments très distincts :

1° Les lésions de l'intelligence ;

2° La perte de conscience de ces lésions.

Le second de ces éléments est celui qui caractérise essentiellement la folie. On n'est pas nécessairement aliéné parce qu'on a des hallucinations, encore bien moins parce qu'on éprouve un certain degré de dépression ou d'excitation dans l'exercice des facultés intellectuelles. Pour que ces lésions constituent la folie, il faut que le malade cesse de les apprécier pour ce qu'elles sont, ou bien encore qu'il se laisse entraîner par elles à des actes que sa volonté est impuissante à réprimer.

Ceci établi, je reviens à la prétendue intermittence qui séparerait la période de dépression de la période d'excitation, lorsque les accès de folie à double forme ont une longue durée. Si l'on observe les malades avec soin, on pourra constater, en effet, qu'ils ont cessé de présenter des signes de délire pendant quinze jours, un mois, six semaines même.

Mais si la folie a disparu, le retour aux habitudes antérieures est-il pour cela complet?

On ne peut répondre à cette question qu'en comparant les malades à eux-mêmes avant l'invasion du délire. On comprend que le médecin peut facilement ici méconnaître des nuances auxquelles des parents ne se tromperaient pas. C'est donc à la famille qu'il faut faire appel pour éviter dans ce cas des erreurs faciles.

On pourra ainsi s'assurer que ces courtes intermittences, très réelles si l'on ne recherche que le délit proprement dit, sont, au contraire, incomplètes sous d'autres rapports.

Ainsi, l'une des malades que j'ai laissée sortir de la Salpêtrière, la croyant guérie, conservait encore une légère tendance à l'isolement, et un peu de taciturnité qui, comme je l'ai su depuis, ne lui était point naturelle, ce qui ne l'empêchait pas d'avoir une excellente tenue, d'être très laborieuse et de paraître en tout raisonnable.

La réponse au principal argument qu'on pourrait faire valoir pour transformer les deux périodes en deux accès distincts, est donc l'observation, qui démontre que l'équilibre des facultés ne se rétablit pas entièrement.

A part cette question de fait sur la non-réalité de l'intermittence, on peut encore faire valoir les rapports d'intensité et de durée qui existent entre les deux périodes.

En rapprochant et comparant les faits, on reconnaît que l'excitation maniaque est d'autant plus violente que la dépression mélancolique a été plus profonde. L'observation est d'ailleurs d'accord ici avec la théorie, qui nous fait partout, et *à priori*, prévoir une réaction proportionnée à la dépression qui a précédé.

Quant aux rapports de durée, on a vu dans les observations citées plus haut que les accès peu prolongés se divisent en deux parties parfaitement égales : l'une remplie par la dépression mélancolique, et l'autre par l'excitation maniaque. Dans les accès très longs ce rapport, il est vrai, n'est plus aussi exact, mais les différences sont si légères qu'il est impossible de ne pas l'admettre. Voici encore un exemple constatant cette régularité, même pour des accès très longs.

Il a été publié par M. le docteur Des Etangs, dans le compte rendu d'une visite faite à la Salpêtrière. Il s'agit d'une femme atteinte d'imbécillité, mais qui avait en outre des accès de folie à double forme. Cette femme, après être restée tout l'hiver muette, immobile et accroupie dans un

coin, renaissait tout à coup au printemps et pendant l'été. Une intarissable loquacité et de violents signes de nymphomanie annonçaient la fin de son immobilité et de son mutisme.

Je dois d'ailleurs faire remarquer ici que le principal élément de diagnostic pour la folie à double forme est précisément cette régularité dans la succession des périodes.

Il ne faudrait donc pas présenter comme une objection les cas nombreux dans lesquels des symptômes d'agitation surviennent au début, à la fin, ou même dans le cours de la mélancolie. Ces symptômes, en effet, apparaissent d'une manière irrégulière, et ils sont, en général, de peu de durée.

Ai-je besoin d'ajouter qu'en admettant l'existence de la folie à double forme comme une variété spéciale, je n'en reconnais pas moins les cas dans lesquels on voit, après des intermittences bien tranchées, la mélancolie succéder à la manie ou réciproquement.

J'ai indiqué la manière dont se fait la transition de la première à la seconde période, et il me reste à dire quelques mots sur le type des accès. Sous ce rapport les observations peuvent être rangées en plusieurs catégories.

1° Le malade peut n'avoir qu'un seul accès. On a souvent dans ce cas, regardé la période maniaque comme une crise qui amenait la guérison de la mélancolie, c'est-à-dire de la première période.

Pinel a compris plusieurs faits de ce genre dans ce qu'il a écrit sous le titre : « L'idiotisme, espèce d'aliénation fré» quente dans les hospices, guéri quelquefois par un accès » de manie. »

Par le mot d'idiotisme, Pinel comprend ici beaucoup de cas de ce qu'on a appelé démence aiguë, stupidité, mélancolie avec stupeur.

2° Les accès se renouvellent trois, quatre, six, dix fois à des intervalles de deux, de quatre, de six ans.

3° Ils peuvent affecter le type intermittent, et quelquefois les intermittences sont très régulières.

4° Dans certains cas les accès se succèdent sans interruption et il n'y a aucune intermittence.

La maladie qui se prolonge le plus souvent pendant plusieurs années peut alors être comparée à une longue chaîne dont chaque accès serait l'un des anneaux. Cette succession continue s'observe également pour les accès très courts ou très longs; seulement dans le premier cas, la transition est brusque; elle est lente et graduelle dans le second. Lorsqu'il en ainsi, le malade, comme on le voit, passe sa vie dans des alternatives d'excitation et de dépression, de gaieté et de tristesse, sans s'arrêter jamais à l'état d'équilibre qui constitue la santé.

Il y a dans les symptômes de la période d'excitation une particularité qui me semble encore mériter d'être signalée, c'est que le délire est bien plus souvent caractérisé par des impulsions instinctives que par des conceptions délirantes proprement dites.

La nymphomanie et le satyriasis s'observent dans beaucoup de cas, et il semble qu'il y ait aussi sous ce rapport une sorte de réaction après une longue période d'engourdissement des organes génitaux.

L'impulsion à boire des liqueurs fortes était le symptôme dominant chez l'une des malades citées par Esquirol. Enfin on constate souvent une tendance continuelle à des actes de méchanceté.

Quant aux traitement, je n'ai vu qu'un seul fait qui me paraisse devoir être cité. Après avoir combattu trois ans sans succès, et par des médications variées, les accès de l'une des malades, je pratiquai chaque mois une sai-

gnée au milieu de l'intervalle des époques menstruelles. Ce traitement, continué pendant huit mois, a eu un résultat heureux, mais incomplet.

La seconde période, celle d'excitation maniaque, a été supprimée. Elle n'a plus reparu depuis deux ans. La maladie est maintenant réduite à la seule période mélancolique qui continue à se reproduire comme par accès périodiques.

Telles sont les considérations que j'ai cru devoir développer sur la folie à double forme, folie dont l'existence comme variété spéciale ne me paraît pas pouvoir être révoquée en doute.

Ce qu'il importe désormais de rechercher, ce sont des éléments cliniques qui permettraient, lorsqu'il s'agit d'un premier accès, d'en reconnaître la nature dès la première période. Peut-être alors serait-il possible de prévenir dans quelques cas le développement de la seconde phase de la maladie.

Conclusion. 1° En dehors de la monomanie, de la mélancolie et de la manie, il existe un genre spécial de folie caractérisée par deux périodes régulières, l'une de dépression et l'autre d'excitation.

2° Ce genre de folie se présente : 1° à l'état d'accès isolés; 2° se reproduit d'une manière intermittente; 3° les accès peuvent se succéder sans interruption.

3° La durée des accès varie de deux jours à une année.

4° Quand les accès sont courts, la transition de la première à la seconde période a lieu d'une manière brusque et ordinairement pendant le sommeil. Elle se fait, au contraire, très lentement et par degrés quand les accès sont prolongés.

5° Dans ce dernier cas les malades semblent entrer en convalescence à la fin de la première période; mais si le retour à la santé n'est pas complet après quinze jours, un mois, six semaines au plus, la seconde période éclate.

RECHERCHES STATISTIQUES

SUR L'HÉRÉDITÉ DE LA FOLIE [1]

(1844)

Tout le monde est d'accord sur l'influence de l'hérédité dans la production de la folie. Il n'est pas de médecin, parmi ceux qui dirigent les établissements consacrés aux aliénés, qui n'ait observé un nombre de faits suffisant pour établir sa conviction à cet égard. C'est d'ailleurs une opinion populaire et très ancienne que celle de l'hérédité de l'aliénation mentale, et les relevés statistiques publiés depuis vingt ans n'ont fait que la confirmer.

Mais si le fait même de l'hérédité de la folie n'a plus besoin d'être prouvé, il reste encore à l'étudier dans ses détails, à rechercher dans quelle proportion et suivant quelles lois il se reproduit; il reste à comparer les folies héréditaires aux folies non héréditaires sous le rapport de l'âge auquel elles débutent, de leur durée, de leur terminaison, etc.

Entre tant de questions que soulève cette étude, j'ai choisi les trois suivantes :

1° La folie de la mère, toutes choses égales d'ailleurs, est-elle plus fréquemment héréditaire que celle du père?

(1) Note lue à l'Académie de médecine dans la séance du 2 avril 1844.

2° Dans les cas de folie héréditaire, la maladie de la mère se transmet-elle à un plus grand nombre d'enfants que celle du père?

3° La folie est-elle transmise plus souvent de la mère aux filles et du père aux garçons?

Parmi les observations que j'ai recueillies, celles qui peuvent servir à la solution de ces questions sont au nombre de 600.

Ces 600 observations, résumées dans 38 tableaux statistiques, peuvent être divisées en trois séries.

La *première* et la plus nombreuse contient 440 faits, dans lesquels la folie a été transmise en ligne directe par le père ou par la mère.

La *seconde* ne renferme que 13 observations. Les malades dans ces 13 cas avaient eu en même temps et des parents collatéraux et des frères ou sœurs aliénés.

Dans les 147 observations de la *troisième* série, il n'y avait dans les familles des malades que des parents collatéraux qui eussent été atteints de folie.

L'influence héréditaire ne peut en aucune manière être mise en doute pour les faits de la première et de la deuxième série ; mais il n'en est pas de même pour ceux de la troisième.

La folie d'un ou de plusieurs parents collatéraux ne suffit pas, en effet, pour démontrer que la maladie est héréditaire. Sans doute, dans la plupart de ces faits, l'influence de l'hérédité est bien réelle ; mais on ne peut nier que des erreurs assez nombreuses ne soient possibles, et ces erreurs seraient plus que suffisantes pour altérer des résultats reposant d'ailleurs sur des chiffres encore trop peu nombreux.

J'ai donc cru devoir renoncer à ces 147 observations de la troisième série.

Restent 453 faits, qui me serviront seuls pour l'examen des trois questions que j'ai posées plus haut.

PREMIÈRE QUESTION.

La folie de la mère, toutes choses égales d'ailleurs, est-elle plus fréquemment héréditaire que celle du père?

Je commencerai par admettre, comme l'ont prouvé des relevés statistiques très nombreux, que la folie est, à très peu de chose près, également fréquente dans les deux sexes, et que la proportion des aliénés mariés est la même chez les hommes et chez les femmes.

La source de la folie héréditaire étant égale pour les deux sexes, il est évident que si nous trouvons plus de cas transmis par le père ou la mère, nous ne pourrons attribuer ce fait qu'à la facilité plus grande avec laquelle la transmission a lieu par l'un des parents.

Les recherches publiées en France sur les causes de la folie ne contiennent d'ailleurs, à ma connaissance, qu'un seul document qui puisse servir à la solution de la question que j'examine.

C'est le relevé fait à Bicêtre par MM. Aubanel et Thore dans le service de M. Ferrus. Ce relevé contient 14 cas dans lesquels on a déterminé si la maladie venait du père ou de la mère.

La folie, dans ces 14 cas, avait été transmise 8 fois par le père et 6 fois par la mère.

Les auteurs que je viens de citer se gardent d'ailleurs de rien conclure d'un si petit nombre d'observations. Ils se bornent à faire remarquer que ce résultat est en désaccord avec l'opinion d'Esquirol, lequel admettait que la folie est plus souvent transmissible par la mère que par le père.

Il est, je crois, important de faire observer que le relevé de MM. Aubanel et Thore, quand bien même il eût compris un plus grand nombre de malades, n'aurait pu servir à la solution de la question.

Il n'y a à l'hospice de Bicêtre que des hommes aliénés. Or ce qui pourrait être vrai pour un sexe en particulier pourrait cesser de l'être pour les deux sexes réunis. Nous verrons, en effet, qu'il y a sous ce rapport d'assez grandes différences.

Il est donc indispensable, pour la solution de la question que j'examine, que la statistique comprenne un nombre égal d'hommes et de femmes.

Voici les résultats que j'ai obtenus :

Sur 453 aliénés atteints de folie héréditaire, la maladie avait été transmise par la mère 271 fois
par le père 182 —
La différence est de 89 ou d'un tiers environ.

La folie de la mère est donc plus fréquemment héréditaire que celle du père dans la proportion d'un tiers.

DEUXIÈME QUESTION.

Dans les cas de folie héréditaire, la maladie de la mère se transmet-elle à un plus grand nombre d'enfants que celle du père ?

Le résultat des relevés que j'ai faits est le suivant.

Sur 271 familles, dans lesquelles la folie avait été transmise par la mère, la maladie, à l'époque où les observations ont été recueillies, s'était manifestée :

Chez un seul enfant	203 fois
Chez deux enfants	62 —
Chez trois enfants	5 —
Chez quatre enfants	1 —
Total des enfants aliénés	271

La folie de la mère avait donc été transmise à plusieurs enfants 70 fois sur 271, c'est-à-dire dans plus d'un quart des cas.

Quant à la folie transmise par le père, j'ai trouvé :

Que sur 182 familles, dans lesquelles la folie venait du père, la maladie, à l'époque où les observations ont été recueillies, avait atteint :

Un seul enfant	152	fois
Deux enfants	26	—
Trois enfants	4	—
Total	182	

La folie du père a donc été transmise à plusieurs enfants 30 fois sur 182, c'est-à-dire dans un sixième des cas.

Ainsi la folie de la mère, en même temps qu'elle est plus fréquemment héréditaire que celle du père, paraît aussi, toutes choses égales d'ailleurs, atteindre un plus grand nombre d'enfants.

TROISIÈME QUESTION.

La folie se transmet-elle plus souvent de la mère aux filles et du père aux garçons?

Sur 346 enfants qui avaient hérité de la maladie de la mère, j'ai trouvé :

197 filles
et 149 garçons } 346

La différence est de 48 ou d'un quart.

Sur 215 enfants auxquels la maladie avait été transmise par le père, j'ai trouvé :

128 garçons
et 87 filles } 215

La différence est de 41 ou d'un tiers.

La folie de la mère se transmet donc plus souvent aux

filles qu'aux garçons dans la proportion d'un quart; la folie du père, au contraire, plus souvent aux garçons qu'aux filles dans la proportion d'un tiers.

En comparant le résultats que je viens d'énoncer, on aperçoit bien vite deux autres rapports qui ne me paraissent pas sans intérêt.

On trouve, en effet, que, sur 271 garçons,

146 tenaient la folie de leur mère,
125 de leur père.

La différence est de 21 ou d'un sixième à peine.

Pour les filles, au contraire, cette différence est beaucoup plus tranchée, et c'est de tous les résultats qui précèdent celui qui me paraît avoir le plus d'importance.

Sur 274 filles aliénées :

189 tenaient la folie de leur mère,
85 seulement l'avaient héritée de leur père.

La différence est de 104, c'est-à-dire de plus de la moitié.

D'où cette conclusion :

Que les garçons tiennent à peu près aussi souvent la folie de leur père que de leur mère; mais que les filles, au contraire, héritent au moins deux fois plus souvent la folie de la mère que celle du père.

En faisant l'application des résultats que j'ai obtenus au pronostic à porter sur les enfants nés de parents aliénés, on arrive aux conclusions suivantes, qui seront en même temps le résumé de cette note.

1° La folie de la mère, sous le rapport de l'hérédité, est plus grave que celle du père, non seulement parce qu'elle est plus fréquemment héréditaire, mais encore parce qu'elle se transmet à un plus grand nombre d'enfants.

2° La transmission de la folie de la mère est plus à

craindre pour les filles que pour les garçons; celle du père, au contraire, plus à craindre pour les garçons que pour les filles.

3° La transmission de la folie de la mère n'est guère plus à craindre pour les garçons que celle du père; elle est, au contraire, deux fois plus à redouter pour les filles.

Je crois devoir ajouter, avant de terminer, que je suis loin de prétendre que les 600 observations résumées dans les tableaux que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie, soient suffisantes pour la solution complète des questions que j'ai posées. Je ne les considère, au contraire, que comme le premier élément d'un travail qui demande à être continué.

Les recherches de cette nature, à part l'étude de la folie, intéressent d'ailleurs la physiologie et l'histoire, encore si peu avancée, des maladies héréditaires en général.

Ces recherches doivent donc désormais être poursuivies; et les hospices d'aliénés offrent sous ce rapport des faits si nombreux, qu'on ne peut manquer, d'ici quelques années, d'arriver à des solutions définitives.

Applications physiologiques.

Jusqu'à quel point pourrait-on faire l'application de ces données à la physiologie?

La transmission de la prédisposition à la folie est évidemment, au moins en partie, le résultat de la transmission d'une certaine organisation cérébrale.

Or, de ce que les filles, par exemple, toutes choses égales d'ailleurs, héritent cette organisation anormale deux fois plus souvent de la mère que du père, en pourrait-on conclure que le même rapport existe dans l'état physiologique pour la transmission des facultés intellectuelles et morales?

En tirant cette conséquence, je ne ferais qu'imiter les auteurs qui ont traité les questions de cette nature.

Ainsi, quand Burdach cherche à prouver que, suivant l'opinion populaire, les filles héritent plus souvent du père et les garçons de la mère, il cite surtout des exemples d'anomalies, d'organisation transmises exclusivement de la mère aux garçons et du père aux filles.

Voici les applications que les recherches qui précèdent pourraient fournir à la physiologie, si des observations plus nombreuses venaient plus tard confirmer les résultats que j'ai obtenus.

On paraît admettre généralement que les enfants, sous le rapport intellectuel et moral, tiennent plus souvent de la mère que du père.

Burdach rappelle que cette opinion est si populaire en Allemagne et dans quelques autres pays, qu'il y a dans la langue un mot particulier qui signifie *esprit maternel*.

On a souvent observé que les hommes supérieurs étaient nés de femmes remarquables par le développement de leur intelligence. Sinclair cite quelques femmes d'esprit qui ont rendu les facultés intellectuelles plus actives dans les familles auxquelles elles se sont alliées, et il fait entre autres remonter à une femme les talents qui distinguaient la famille des Pitt.

Burdach, auquel j'emprunte ces détails, rappelle encore l'opinion de Fabricius, qui avait observé qu'on héritait de son père la goutte et les cachexies, de sa mère les spasmes, la mélancolie, la vivacité et les facultés intellectuelles.

Je crois que la transmission plus fréquente de la folie par la mère que par le père sera désormais un argument de plus en faveur de tous ces faits.

Il y a une autre opinion plus généralement répandue encore que la précédente, mais à laquelle les résultats que j'ai obtenus sont tout à fait opposés.

On dit que les garçons tiennent plus souvent de la mère,

et les filles, au contraire, plus souvent du père, et qu'il y a ainsi entre les sexes une sorte de croisement.

Il n'existe point, sous ce rapport, dans la science, au moins pour l'espèce humaine, d'éléments précis qui aient pu servir à la solution de cette question.

Aussi est-ce une chose remarquable que l'espèce d'in décision avec laquelle les physiologistes se sont expliqués sur ce point.

Les garçons, dit Haller, tiennent souvent de la mère; les filles souvent du père.

Burdach, comme je l'ai dit plus haut, tout en citant des faits pathologiques à l'appui de cette sorte de croisement des sexes, paraît aussi rester dans le doute.

« L'opinion populaire que les filles ressemblent généralement au père, disent MM. Richerand et Bérard, tandis que les enfants mâles offrent le plus souvent les traits de leur mère, porte sur un trop grand nombre de faits pour qu'il soit possible de la regarder comme tout à fait fausse. Est-ce la raison, ajoutent-ils, pour laquelle tant d'hommes illustres par leur génie et par de nombreux succès dans les sciences et les lettres ont transmis leur nom à des fils incapables d'en soutenir l'éclat? »

Ainsi la question n'a point été nettement tranchée, et ne pouvait l'être, car les faits nombreux qu'on invoque sont pour ainsi dire partout et ne sont nulle part. Personne ne les a rassemblés ni comptés.

Les recherches sur l'hérédité de la folie paraissent sous ce rapport tout à fait contraires à l'opinion populaire du croisement des sexes dans la génération. Loin que ce prétendu croisement soit le fait le plus général, c'est l'opposé qu'il faudrait admettre.

Ces recherches porteraient, en effet, à conclure que la transmission des facultés intellectuelles et morales se fait

bien plus souvent de la mère aux filles que de la mère aux garçons;

Que cette transmission, au contraire, a lieu bien plus fréquemment du père aux garçons que du père aux filles.

Je rappellerai surtout ce résultat si tranché, que sur 274 filles, 85 avaient hérité la folie du père, et 189, c'est-à-dire plus des deux tiers, tenaient cette maladie de leur mère.

Applications à l'histoire générale des maladies héréditaires.

De quelque manière qu'on juge l'importance des recherches statistiques sur l'hérédité de la folie pour la physiologie, on ne saurait méconnaître celle qu'elles ont pour l'histoire générale des maladies héréditaires.

Cette histoire est, en effet, très peu avancée. Je n'en pourrais donner de meilleure preuve que l'absence presque complète de documents pour la solution des questions que j'ai examinées.

Ainsi, en prenant pour exemple la maladie la plus commune, que sait-on de bien précis sur l'hérédité de la phthisie?

M. Louis n'a point soulevé les questions que j'ai examinés, et les statistiques publiées par MM. Piorry et Briquet ne comprennent, l'une que 49 malades, et l'autre que 29. Les résultats obtenus ne sont point d'accord. D'après les chiffres de M. Piorry, la phthisie viendrait plus souvent de la mère, et d'après ceux de M. Briquet plus souvent du père. Il y a encore bien moins de documents précis pour la goutte, les scrofules, etc.

Je crois devoir faire remarquer que l'étude de la folie peut, mieux que celle d'aucune autre maladie, servir à l'avancement de l'histoire générale de l'hérédité et à la détermination des lois qu'elle suit.

Les phthisiques, les scrofuleux, les goutteux, sont disséminés çà et là, et un seul observateur ne pourrait qu'avec beaucoup de peine et de temps arriver à rassembler un nombre suffisant d'observations.

Les aliénés, au contraire, sont réunis par centaines dans les hospices : ainsi, à la Salpêtrière et à Bicêtre, il y a plus de 2,000 aliénés, et rien de plus facile que de recueillir en quelques années des observations très nombreuses.

Il y a une autre considération non moins importante.

Il est bien plus facile de déterminer si les parents d'un malade sont morts aliénés que de reconnaître s'ils ont succombé à la phthisie, aux scrofules, à la goutte, etc.

Voilà pourquoi l'étude de la folie peut mieux que celle d'aucune autre affection favoriser la solution des divers problèmes qui se rattachent à l'histoire générale des maladies héréditaires, et j'ai pensé que les recherches statistiques qui précèdent pourraient encore avoir sous ce rapport quelque intérêt.

J'ai dit que j'étais loin de regarder les solutions des questions que j'ai examinées comme définitives ; que je considérais au contraire les documents cités plus haut comme le premier élément d'un travail qui demandait à être continué.

V

DE L'INFLUENCE

DE L'ÉTAT INTERMÉDIAIRE A LA VEILLE ET AU SOMMEIL

SUR LA PRODUCTION ET LA MARCHE

DES HALLUCINATIONS (1)

1842

Que se passe-t-il dans les centres nerveux au moment du sommeil? Par quel mécanisme se produit cette suspension de l'action des sens et du sentiment de notre propre existence? et quand les forces sont réparées comment se fait le retour à l'état de veille?

Voilà ce qu'on ne sait point encore aujourd'hui, malgré les expériences tentées sur les animaux, et de nombreuses explications plus ou moins hypothétiques.

Mais s'il n'a point encore été donné aux physiologistes de pénétrer la cause de ces phénomènes, ils ont pu du moins observer et décrire avec soin tout ce qu'il y a d'apparent et de saisissable dans le passage de la veille au sommeil et du sommeil à la veille. Je dois rappeler en peu de mots quelques uns des faits qu'on a signalés à ce sujet.

(1) Ce Mémoire a été lu à l'académie de médecine dans la séance du 14 mai 1842, et par conséquent longtemps avant que la question des hallucinations eût été mise au concours, il est donc tout à fait distinct du travail général que j'ai adressé sur cette question et auquel a été décerné le prix Civrieux.

Le passage de la veille au sommeil ne se fait pas d'une manière brusque. On est averti d'abord par une sensation toute particulière; puis la tête devient lourde, les idées s'embarrassent, et on tombe dans un premier degré d'assoupissement; l'influence de la volonté a déjà cessé, que le sentiment du moi persiste encore. On a, pendant quelques instants, conscience de certaines perceptions; mais ces perceptions sont confuses, incohérentes, et constituent avant le sommeil complet une sorte de délire passager que presque tous les physiologistes ont indiqué. Si cet état de demi-sommeil, ordinairement très court, vient à se prolonger, il constitue la somnolence, et l'espèce de délire dont j'ai parlé est désigné sous le nom de rêvasseries.

Des illusions des sens et des hallucinations surviennent assez souvent dans ce passage de la veille au sommeil. « A qui n'est-il pas arrivé, dit Marc, à la suite d'une digestion laborieuse ou de tout autre embarras, soit dans la circulation, soit dans les fonctions nerveuses, après une vive secousse physique ou morale, d'éprouver, au moment de s'endormir, de ces erreurs des sens externes et internes? d'apercevoir les figures les plus grotesques, souvent les plus effrayantes; d'entendre le son de voix d'hommes, d'animaux, le son de cloches; de voir un précipice; en un mot, de rêver en quelque sorte sans dormir? »

Marc aurait pu ajouter que ces illusions et ces hallucinations s'observent encore assez souvent chez les femmes à l'époque menstruelle ou dans les jours qui suivent l'accouchement.

Les phénomènes que je viens d'indiquer pour le passage de la veille au sommeil se rencontrent aussi, mais d'une manière moins tranchée, lors du passage du sommeil à la veille. Quand les forces sont réparées, on arrive graduelement à un état de somnolence pendant lequel on a des

perceptions confuses, incomplètes, et parfois des illusions et des hallucinations si l'on se trouve sous l'influence de quelque cause d'excitation.

Il reste à faire l'application de ces données à l'étude des hallucinations chez les aliénés; à rechercher, par exemple, si le passage de la veille au sommeil, qui provoque si souvent des hallucinations dans l'état de santé, en produit plus particulièrement sur les sujets prédisposés à la folie ou déjà atteints de cette maladie.

En supposant qu'il en soit ainsi, il importe encore de déterminer quelle influence ces hallucinations ont dès le début sur la marche du délire, quels rapports surtout elles ont avec les fausses perceptions en général.

Après avoir vainement cherché dans les auteurs qui ont écrit sur les maladies mentales la solution de ces questions, qui n'ont pas même été posées, j'ai tenté de les résoudre en interrogeant les parents des malades, et surtout les malades eux-mêmes. C'est le résultat de mes recherches sur ces divers points que j'ai consigné dans ce travail, lequel est divisé en deux parties.

Dans la première, je cite les observations que j'ai recueillies et celles que j'ai trouvées çà et là isolées dans les auteurs.

Dans la seconde, je fais ressortir les rapports qui existent entre les faits cités et les conséquences qu'on peut en tirer pour l'étude et le traitement de la folie.

PREMIÈRE PARTIE

§ Ier. — *De l'influence de l'état intermédiaire à la veille et au sommeil sur la production des hallucinations chez les sujets prédisposés à la folie.*

Observation première.

Plusieurs parents aliénés ; hallucinations de l'ouïe et de la vue au moment du sommeil, précédant de trois ans l'invasion de la folie.

Mademoiselle L..., âgée de quarante-cinq ans, est depuis douze ans à l'hospice de la Salpêtrière, dans la division des aliénés. On observe chez elle des hallucinations de la vue et de l'ouïe qui l'obsèdent presque continuellement. Elle parle à des êtres invisibles et s'emporte contre eux. Souvent elle s'interrompt tout à coup au milieu d'une phrase pour répondre aux voix qu'elle vient d'entendre. Ordinairement calme et laborieuse, elle ne devient guère agitée qu'à l'époque des règles. Elle frappe alors à grands coups sur les prétendus monstres dont elle se voit entourée.

Voici les renseignements que j'ai obtenus sur les antécédents de la malade et sur sa famille.

Mademoiselle L... a toujours été un peu bizarre ; quoique simple couturière, elle avait la prétention de faire des vers, et on a imprimé plusieurs chansons de sa composition. Après avoir terminé son travail de la journée, elle donnait une partie des nuits aux inspirations poétiques.

A trente ans environ, elle commença à éprouver un phénomène étrange et qui la jetait dans l'étonnement. Chaque soir, avant de s'endormir, elle entendait des voix qui lui parlaient très distinctement. Elle voyait autour d'elle des personnages et des animaux de toute sorte. Bien souvent

elle a entretenu sa mère et ses frères de ce fait, qu'elle ne pouvait s'expliquer. Elle comprenait d'ailleurs parfaitement qu'il n'y avait rien de réel dans tout ce qu'elle voyait et entendait. Les fausses sensations n'avaient jamais lieu le jour, ni même pendant la nuit quand la malade veillait; ce n'était qu'au moment du sommeil que survenaient toutes ces apparitions.

Cet état durait depuis trois ans sans que la raison offrît le moindre dérangement, lorsque Mademoiselle L... devint tout à fait aliénée à la suite de ses couches.

Sa folie, caractérisée dès le début par des hallucinations de l'ouïe et de la vue, était évidemment le résultat d'une prédisposition héréditaire, comme le prouvent les renseignements suivants.

Le père de la malade, après avoir longtemps fait des excès de boisson, a fini par perdre la tête.

Un des oncles paternels, sans être complètement aliéné, offre cependant des signes de folie, et dans le pays on ne l'appelle pas autrement que L... le fou.

Un des frères de Mademoiselle L..., qui, comme le père, faisait des excès de boisson, a eu aussi un accès de folie.

Ainsi la malade a eu trois de ses parents aliénés; elle-même avait toujours été un peu bizarre. Elle était donc éminemment prédisposée à la folie, qui, chez elle, a été précédée pendant trois ans d'hallucinations de la vue et de l'ouïe ne survenant qu'au moment du sommeil.

Observation deuxième.

Plusieurs parents aliénés; hallucinations de l'ouïe et de la vue au moment du sommeil, durant depuis près d'un an sans délire.

L.... frère de la malade qui fait le sujet de l'observation

précédente, est un ouvrier d'environ trente-cinq ans, plein de sens et de raison, mais frappé de l'idée qu'il n'échappera pas au sort qui a atteint son père, son oncle, son frère et sa sœur. Deux fois déjà, à la suite d'affections morales vives, il a failli devenir aliéné ; ce n'est qu'en prenant des bains, en se faisant mettre de l'eau froide sur la tête, en cessant toute occupation, qu'il a pu prévenir le délire dans lequel il se sentait tomber. Mais ce qui augmente encore ses craintes, c'est que lui-même éprouve depuis près d'un an le phénomène étrange qui, pendant trois ans, a précédé la maladie de sa sœur : tous les soirs, avant de s'endormir, il a des hallucinations de l'ouïe et de la vue.

Je pouvais ici avoir des renseignements positifs sur le moment précis de la production des fausses sensations. Or, c'est bien réellement immédiatement avant le sommeil, lorsque l'assoupissement commence, mais que la conscience persiste encore, que les hallucinations ont lieu. L.., n'entend ordinairement qu'un mélange confus de voix; parfois, au contraire, il distingue les paroles et en comprend le sens; ce sont des phrases décousues et se rapportant à des sujets très variés. Tantôt il n'a que des hallucinations de l'ouie; quelquefois il éprouve en même temps des hallucinations de la vue : il se voit alors entouré d'hommes et de femmes: quand les voix font beaucoup de bruit, elles l'empêchent de s'endormir complètement. L..., comme cela a eu lieu pendant trois ans pour sa sœur, sait parfaitement d'ailleurs qu'il n'y a rien de réel dans tout ce qu'il voit et entend, et que ce sont des visions. Il en a souvent parlé aux autres ouvriers de son atelier, et a voulu savoir s'ils n'éprouvaient rien de semblable; mais ses camarades se sont moqués de lui et n'ont point ajouté foi à ses paroles.

Cet homme, dont le père, l'oncle, le frère et la sœur

ont été ou sont encore aliénés, est évidemment sous l'influence d'une prédisposition à la folie, et au nombre des traits qui dénotent cette prédisposition se trouvent les hallucinations de la vue et de l'ouie survenant tous les soirs au moment du sommeil.

Observation troisième.

Père en démence sénile ; sœur aliénée. Hallucinations de l'ouïe au moment du sommeil et du réveil. Accès passagers d'aliénation.

Mademoiselle D..., ouvrière, âgée d'environ cinquante-cinq ans, est d'une famille dont presque tous les membres sont atteints de migraines. En outre, son père est tombé en démence à l'âge de soixante-douze ans, et une de ses sœurs est depuis quatre ans à la Salpêtrière, dans la division des aliénés.

Il y a deux ans, mademoiselle D..., pour la première fois, entendit, au moment de s'endormir, des *voix* qui semblaient sortir de son oreiller. Le matin, à son réveil, elle les distinguait encore pendant quelques instants, et de plus, elle se souvient les avoir entendues en rêvant ; parfois même la sensation devenait si vive pendant le sommeil, que la malade était réveillée par le bruit. Ces hallucinations de l'ouie, qui n'ont lieu en général qu'avant, pendant et après le sommeil, ont, à plusieurs reprises et à des intervalles plus ou moins éloignés, continué pendant la nuit et même pendant le jour. Il semble y avoir eu alors un délire véritable, mais qui n'a pas nécessité l'isolement dans un établissement d'aliénés. Quand ce délire a cessé, les *voix* n'ont pas moins continué à obséder la malade avant et après le sommeil, et aujourd'hui encore made-

moiselle D..., qui me donne elle-même ces renseignements, les entend au moment de s'endormir.

La malade a éprouvé souvent un phénomène qu'on n'a pas signalé, et qui se rencontre chez certains hallucinés. Quand elle fixait un objet pendant le jour, elle le voyait un instant après se transformer en une tête animée par des yeux brillants et mobiles.

La prédisposition à la folie chez mademoiselle D... est bien démontrée, et même il y a eu chez elle plusieurs accès passagers d'aliénation mentale. Les hallucinations au moment du sommeil sont, comme chez les deux malades qui précèdent, un des traits de cette prédisposition.

§ II. — *Influence de l'état intermédiaire à la veille et au sommeil sur la production des hallucinations dans le prodrome et au début de la folie.*

Observation quatrième.

Hallucinations de l'ouïe et de la vue, se produisant d'abord uniquement au moment du sommeil et devenant ensuite continues.

Alexandrine J..., ouvrière, âgée de trente ans, passait dans la rue du Temple au moment où la femme Renaud venait d'être assassinée par Soufflard (1). Elle accourut aux cris de désespoir que poussait la fille Renaud, qui, la première, avait pénétré dans la chambre où le meurtre avait été commis.

L'impression que cet événement fit sur mademoiselle J... fut si vive, que ses règles se supprimèrent. Quelques jours après, elle était dans le délire; conduite à la Salpêtrière,

(1) Voy. *Ann. d'hyp. publiq. et de médecine légle.* Paris, 1839, t. XXII, . 170 et suiv.

dans le service de M. Pariset, elle en sortit guérie au bout de deux mois.

Depuis lors, il est survenu plusieurs accès, et, le 13 août dernier, mademoiselle J... est entrée à l'hospice pour la quatrième fois.

Elle me raconte que depuis trois mois ses règles se sont de nouveau supprimées sans cause connue. Depuis cette époque, elle a des frayeurs sans motif, son sommeil est agité; la nuit, elle se réveille en sursaut, toute tremblante, et reste longtemps sans se rassurer complètement. Bientôt elle est prise d'hallucinations au moment de s'endormir; elle aperçoit des figures qui l'épouvantent, elle entend aussi très distinctement des *voix* qui lui parlent. Effrayée, elle saute de son lit, et les fausses perceptions cessent aussitôt que sa chambre est éclairée.

Après une douzaine de jours, les hallucinations continuèrent malgré la lumière. Elle entendit les *voix* une partie de la nuit, et même pendant le jour. Les visions, au contraire, n'eurent toujours lieu qu'au moment du sommeil.

La malade éprouve d'ailleurs le même phénomène que j'ai déjà fait remarquer dans l'observation précédente. Lorsqu'elle fixe un objet, il se transforme en une figure d'homme ou d'animal qu'elle voit remuer.

Mademoiselle J... a parfaitement conscience de son état, et elle explique très nettement comment, au milieu de la nuit, au plus fort de ses hallucinations, elle n'est plus maîtresse desa frayeur et tombe dans une sorte de délire; elle répond aux voix et pousse des cris. La veille de son entrée à la Salpêtrière, elle avait été arrêtée à minuit dans la rue, appelant des gens à son aide.

La malade, outre les fausses sensations de l'ouïe et de la vue, a des hallucinations de l'odorat, du goût et du toucher; elle est obsédée par des odeurs, par des goûts singu-

liers; parfois il lui semble tout à coup recevoir sur la tête un pot d'eau froide.

Peu de jours après l'entrée, M. Mitivié fit faire une application de sangsues aux cuisses : les règles supprimées depuis trois mois, reparurent le lendemain et coulèrent bien; les hallucinations cessèrent au bout de quelques jours, et la malade fut bientôt complétement guérie.

Le seul fait que je veuille faire remarquer dans cette observation, c'est que les fausses perceptions de la vue et de l'ouïe n'ont d'abord existé qu'au moment du sommeil; elles ont ensuite continué toute la nuit et enfin tout le jour : alors seulement il y a eu des moments passagers de délire. Ainsi la maladie de Mademoiselle J... a été, dès le début, caractérisée par des hallucinations, et ces hallucinations ont eu bien évidemment leur point de départ dans celles qui d'abord avaient existé uniquement au moment du sommeil; elles n'en ont été pour ainsi dire que l'extension.

Observation cinquième.

Hallucinations de l'ouïe se produisant, pendant plusieurs jours, uniquement avant le sommeil et au réveil, et devenant ensuite continues.

Madame L..., fruitière, âgée de quarante et un ans, d'une constitution forte, d'un tempérament éminemment sanguin, est née d'une mère atteinte d'une maladie convulsive. Elle-même, depuis vingt ans, a des convulsions avec perte de connaissance, qui reviennent à des intervalles très irréguliers. Depuis un an, céphalalgies fréquentes, étourdissements, bourdonnements dans les oreilles et surtout dans l'oreille droite. Ces signes de congestion sont aggravés par des excès de boisson, et la malade est obligée de temps en temps d'avoir recours à la saignée.

A la fin du mois de juillet 1841, Madame L... éprouve des contrariétés assez vives : elle commence alors à entendre des *voix* quand elle est couchée ; c'est le soir et le matin qu'on lui parle dans son lit au moment de s'endormir, ou quand elle se réveille ; elle distingue parfaitement ce qu'on lui dit ; ce sont des menaces, des injures, des accusations ; on va la mettre en jugement, briser ses meubles, etc. Quelques jours se sont à peines écoulés, et ces hallucinations de l'ouïe l'obsèdent une partie de la nuit. Alors elle répond aux *voix* et se dispute avec elles. Pendant quinze jours environ les fausses sensations disparaissent au réveil, mais bientôt elles continuent pendant le jour. Un matin, la malade, se croyant poursuivie, se jette par la fenêtre d'un premier étage ; elle était dans ses règles, qui, malgré cet accident, ne furent pas arrêtées ; trois jours après, elle fut conduite à la Salpêtrière. A son entrée, Madame L... est obligée de s'aliter ; l'une des cuisses, par suite de la chute, est tuméfiée et douloureuse ; le ventre est très sensible à la pression, et il y a de la fièvre. Cette malade est d'ailleurs très calme, et M. Mitivié, dans le certificat d'entrée, déclare qu'elle ne paraît pas aliénée. Cependant, après quelques jours, on s'aperçoit que cette dame, en apparence si raisonnable, éprouve encore de fausses sensations de l'ouïe, qui reviennent uniquement le soir et le matin quand elle est couchée. Elle croit que ce sont des gens de son pays, cachés derrière le mur, qui la tourmentent ainsi. Après quinze jours, les hallucinations cessent tout à fait, et le retour à la raison semble complet. Elles reparaissent à l'époque menstruelle, mais seulement le soir et le matin, quand la malade est couchée ; il n'y en a point pendant le jour. Avec les fausses perceptions, retour du délire.

Depuis le début, les *voix* se font beaucoup plus enten-

dre de l'oreille droite; c'est aussi de ce côté que les bourdonnements sont le plus forts. Vers le 15 octobre, cette oreille commence à couler; la malade trouve, le matin, son bonnet tâché d'une eau roussâtre ou d'un peu de sang. Les règles ont reparu le 16 octobre et ont cessé le 19. Les hallucinations continuent d'ailleurs au moment du sommeil et du réveil, et elles existaient encore, quoique plus faibles, lors de la sortie de Madame L..., le 23 octobre 1841.

On voit dans cette observation les hallucinations de l'ouïe survenir d'abord au moment du sommeil et au réveil, durer bientôt une partie de la nuit, enfin avoir lieu pendant le jour, puis revenir à leur point de départ.

Observation sixième.

Hallucinations de l'ouïe, se produisant d'abord uniquement au moment du sommeil, et devenant ensuite continues.

Denise B..., âgée de trente-trois ans, couturière, a toujours eu des migraines aux époques menstruelles; elle a l'habitude de se faire saigner tous les ans vers le mois de juillet; cette année, elle n'a pas voulu recourir au même moyen, et depuis deux mois les migraines sont devenues plus fortes. Il y a deux mois également, elle a commencé à entendre des *voix* quand elle était couchée et qu'elle commençait à s'assoupir. Peu de temps après, les hallucinations de l'ouïe, qui n'avaient lieu que le soir avant le sommeil, sont devenues continues. La malade attribue tout cela à des ennemis qui la poursuivent par la physique. Le 24 août dernier, elle est conduite à la Salpêtrière. Aujourd'hui, 20 février 1842, son délire est difficile à définir, mais les hallucinations en forment un des principaux symptômes. Le datura stramonium, essayé chez cette malade à

très haute dose par M. Mitivié, a déterminé des signes de narcotisme, mais sans modifier les hallucinations, qui ont toujours lieu principalement pendant la nuit.

Observation septième.

Hallucinations de l'ouïe au moment du sommeil continuant, dès la première fois, pendant toute la nuit.

Mademoiselle S..., âgée de cinquante ans, est entrée le 7 juillet 1841 dans le service de M. Mitivié : depuis plus de neuf mois, elle est poursuivie par des craintes chimériques ; elle se figure que l'on bouleverse ses effets dans sa chambre ; à plusieurs reprises elle a cru que de petites sommes d'argent lui avaient été volées ; de là une appréhension vague et des soupçons contre tous ceux qui l'entourent. Depuis deux ans, elle n'était plus réglée, lorsqu'il y a trois mois les règles ont reparu, mais pour la dernière fois.

Le 4 juillet au soir, étant couchée, et lorsqu'elle commençait à s'endormir, elle entendit du bruit dans sa cheminée et fut très effrayée. Pendant toute la nuit, S... fait tous ses efforts pour résister au sommeil, dans la crainte d'être surprise ; le matin le bruit cessa complétement. Le lendemain au soir, lorsqu'elle fut couchée, le même phénomène se produisit au moment où elle allait s'endormir, et dura encore toute la nuit. Cependant, lorsqu'elle était tout à fait réveillée, quand, par exemple, assise dans son lit, elle appelait sa petite chienne et lui parlait pour se rassurer, elle n'entendait plus rien.

Ces hallucinations de l'ouïe ont cessé spontanément quelques jours après l'entrée de la malade à la Salpêtrière.

Observation huitième.

Hallucinations de l'ouïe et de la vue au moment du sommeil et du réveil.

Marie L..., âgée de quarante-deux ans, domestique, est entrée à la Salpêtrière le 1er octobre 1841. Elle est d'une constitution forte, très pléthorique, et sujette à des étourdissements. Il y a deux ans les règles se sont dérangées, et depuis un an elles n'ont paru qu'une fois.

Le 10 août, cette femme, réveillée au milieu de la nuit, entend des voix qui l'appellent par son nom. Elle distingue entre autres la *voix* de sa mère, de sa sœur et de sa belle-sœur, qui lui demandent des messes. Après quelques instants, le bruit cesse, et la journée se passe bien ; mais le soir, étant couchée et au moment du sommeil, elle entend les mêmes *voix*, si fortes, si distinctes, qu'elles l'empêchent de s'endormir tout à fait quand elle s'assoupit. Réveillée, elle n'entendait plus rien, mais l'assoupissement ramenait constamment le même phénomène. Depuis plusieurs mois, elle rêvait beaucoup de ses parents morts, mais le jour elle n'y pensait jamais.

Ces hallucinations de l'ouïe, qui avaient lieu aussi au moment du réveil, ne revinrent que pendant deux jours ; mais trois semaines après, à la suite d'une saignée, elles reparurent de nouveau ; c'était, comme la première fois, uniquement au moment du sommeil. On la menaçait de la tuer ; on lui demandait des messes. Elle a vu en outre des papillons, des oiseaux qui voltigeaient autour d'elle, des souris qui couraient dans sa chambre ; elle était toute étourdie. Les hallucinations entraînèrent sans doute la malade à quelque acte déraisonnable qui la fit conduire à la Salpêtrière ; mais dès son entrée les fausses sensations

avaient disparu, et cette femme put bientôt sortir sans avoir présenté aucun signe bien tranché de délire.

Observation neuvième.

Hallucinations de la vue et de l'ouïe au moment du sommeil, bientôt suivies de délire.

R..., âgée de quarante et un ans, domestique, est entrée à la Salpêtrière, le 10 septembre dernier, dans un état de lypémanie. Depuis trois ou quatre ans l'écoulement menstruel avait toujours été en diminuant, mais la santé générale était restée bonne, et la malade éprouvait à peine de légères migraines. Il y a huit mois, cette femme a commencé à être tourmentée par des hallucinations revenant uniquement le soir quand elle était couchée, peu d'instants avant le sommeil. Dès qu'elle s'assoupissait, elle entendait comme un roulement de tambours et voyait des militaires. Quelquefois les bruits étaient d'une autre nature, et il lui apparaissait des figures bizarres et très variées ; mais le premier phénomène revenait plus constamment. Les hallucinations de la vue et de l'ouïe n'avaient lieu d'abord que dans un commencement d'assoupissement. Quand parfois la malade restait au lit pendant plusieurs heures sans avoir envie de dormir, elle n'éprouvait point de fausses sensations ; elle n'en a jamais eu pendant le jour. Tout cela ne fit d'abord que l'effrayer ; mais peu à peu, elle en est venue à penser que peut-être on envoyait des tambours autour de la maison pour la tourmenter. Si par hasard, pendant le jour, il lui arrivait de rencontrer des militaires ou d'entendre le tambour, cela l'impressionnait très vivement, en lui rappelant ce qu'elle éprouvait la nuit. Elle est devenue défiante, et croit que pour la surveiller on la suit

dans les rues, qu'on entre dans les maisons dont elle sort; elle est surtout tourmentée par le remords d'avoir dérobé à ses maîtres des objets de peu de valeur; elle s'exagère beaucoup la faute qu'elle a commise dans cette occasion, et se croit indigne de pardon.

La guérison a été complète après quatre mois environ, et aujourd'hui (20 février 1842) la malade, depuis longtemps convalescente, est sur le point de sortir de l'hospice.

Observation dixième.

Hallucinations de l'ouie et de la vue survenant dans un demi-sommeil, suivies d'agitation et de délire.

Je trouve l'observation suivante dans le cahier de renseignements de la Salpêtrière du mois d'août 1840; elle a été consignée par M. Gratiolet.

M..., âgée de vingt-deux ans, est entrée le 13 août 1840 dans le service de M. Pariset.

Cette femme au moment de ses règles, a été témoin d'une dispute très vive : un homme a été frappé de plusieurs coups de couteau; elle est rentrée très effrayée et poursuivie par l'image de cet homme qu'elle avait vu couvert de sang. Pendant la nuit, *elle s'éveillait à demi*, et entendait une rumeur confuse, des voix se mêlant dans une dispute; puis il lui semblait distinguer au-dessous de son lit un bruit de trappes et de poulies; des chauffeurs s'approchaient d'elle pour lui brûler les pieds. Effrayée de cette vision, elle se levait, s'agitait dans sa chambre et troublait ainsi ses voisins. Elle est aujourd'hui moins tourmentée.

Cette malade est sortie guérie après un très court séjour à la Salpêtrière.

Les faits qui précèdent, recueillis dans un temps assez

court, prouvent que les observations analogues doivent être assez communes ; et j'ai pensé que j'en trouverais un certain nombre dans les auteurs. Il m'a suffi, en effet, de parcourir les ouvrages les plus récents pour en rencontrer plusieurs çà et là. Je citerai entre autres les suivantes, qui ne sont accompagnées d'aucune réflexion, et dans lesquelles l'influence du passage de la veille au sommeil ne paraît pas même avoir été remarquée.

Observation onzième.

Hallucinations de l'ouïe au moment du sommeil, suivies plus tard d'hallucinations de l'ouie et de la vue pendant la veille.

Antoine, âgé de trente-six ans, ciseleur, non marié, est entré à Bicêtre le 3 novembre 1839. Voici, entre autres détails, ceux que le malade donna à M. Leuret sur ce qui avait précédé sa maladie. Après avoir raconté la mort d'une femme qu'il avait magnétisée, il continue ainsi :

« Peu de temps après, j'éprouvai un singulier phénomène : *tous les soirs, au moment où j'allais m'endormir*, une espèce de frappement s'opérait sur mon tympan ; j'écoutais ce bruit, et *mes sens étaient assez éveillés* pour comprendre qu'il existait réellement. Plus tard, il m'arriva souvent d'être réveillé spontanément et d'entendre frapper trois ou quatre fois sur l'extrémité de mon lit. Un jour je sentis une main qui me frappa plusieurs fois sur l'épaule ; plusieurs fois il m'était arrivé d'entendre des voix qui me faisaient de grands reproches ; car, il faut le dire, je suis l'adultère personnifié, je portais le trouble dans toutes les maisons où je pénétrais. Enfin, j'eus un jour une véritable vision : j'entendis d'abord un croassement sur le sol, et j'aperçus un trophée emblématique où l'on voyait un pigeon,

une plume et un encrier; je suis sûr d'avoir vu ce trophée, j'en eus une grande frayeur, etc. »

Il serait difficile de rencontrer une observation où l'influence du passage de la veille au sommeil fût plus évidente.

La maladie débute par des hallucinations, et ces hallucinations ne surviennent d'abord qu'au moment du sommeil. C'est Antoine lui-même qui précise ce détail; car M. Leuret, dans les réflexions qui suivent l'observation, ne fait pas même remarquer cette particularité du début des fausses perceptions. Le malade décrit en outre parfaitement l'état dans lequel il se trouvait lorsque les hallucinations survenaient. J'écoutais ce bruit, dit-il, et mes sens étaient assez éveillés pour comprendre qu'il existait réellement. Ainsi, c'est bien positivement dans un état de léger assoupissement, mais non pendant le sommeil, que le phénomène avait lieu. Comme dans plusieurs des faits précédents, les hallucinations, après avoir existé uniquement au moment du sommeil, se sont ensuite produites pendant le jour.

Observation douzième.

Hallucinations de l'ouïe, ayant lieu aussitôt que le malade est couché, et devenant plus tard continues.

Un halluciné, dont M. Aubanel rapporte l'observation dans sa thèse, entendait dans son estomac des bruits singuliers qu'il comparait à des détonations. C'était surtout la nuit que le malade était poursuivi par ces hallucinations; il lui arrivait souvent de rentrer fort tard, et même de se priver de sommeil, dans la crainte d'être tourmenté par ses ennemis.

« Sitôt *qu'il était couché*, en effet, les *voix* ne cessaient de retentir à ses oreilles et à son épigastre. Bientôt il n'eut pas même de repos dans les rues; il entendit la même chose que chez lui, et souvent il se mettait à courir à toutes jambes, etc. »

Le phénomène est ici moins bien précisé que dans l'observation précédente; mais on remarquera que les hallucinations survenaient aussitôt que le malade était couché; plus tard elles ont eu lieu pendant le jour.

Observation treizième.

Hallucinations au moment du réveil, durant, dès la première fois, pendant six heures.

Un marchand de vin ayant eu déjà plusieurs accès de folie, par suite d'excès de boisson, raconte avoir été éveillé vers minuit par des diables tout noirs, grands et petits; par des hommes et des femmes qui dansaient dans sa cave; il les voyait au moyen d'une dalle qu'il avait enlevée; parfois ces diables venaient danser à côté de son oreiller. Tout cela dura jusqu'à six heures du matin, et pendant ce temps, il lui fut impossible de dormir; il était tout couvert de sueur. Le jour suivant, ces apparitions revinrent à la même heure. (Aubanel).

Chez ce malade, les hallucinations ont suivi immédiatement le réveil. Je pourrais emprunter aux auteurs plusieurs exemples analogues; je me bornerai à citer le suivant, que j'ai recueilli moi-même il y a peu de temps.

Observation quatorzième.

Hallucinations de l'ouïe au moment du réveil, suivies immédiatement d'un délire qui n'a pas discontinué depuis huit ans.

Madame L..., âgée de trente-sept ans, avait eu déjà un premier accès de folie dont elle était parfaitement guérie depuis plusieurs années. Un soir, elle se réveille tout à coup sur les dix heures en poussant de grands cris. « Les entends-tu? dit-elle à son mari, les voilà, ils viennent nous assassiner. » Elle demande du secours et entre dans une grande agitation. Les hallucinations de l'ouïe continuent jusqu'au lendemain; alors il y a un peu de calme; mais le soir elles recommencent de nouveau. Depuis cette époque, huit ans se sont écoulés, et madame L... est restée aliénée; elle est aujourd'hui à la Salpêtrière dans un état complet de démence.

Il me serait facile d'ajouter aux observations précédentes d'autres faits dans lesquels les hallucinations ont très probablement commencé au moment du sommeil, ou immédiatement après le réveil; mais les détails donnés par les auteurs ne sont point assez précis. Ainsi un malade, jusque là bien portant, est pris d'hallucinations au milieu de la nuit; il se lève, et on le trouve dans le délire, poursuivi par des fantômes, etc... Voilà le plus souvent comment le début est indiqué. Les observations rapportées plus haut peuvent sans aucun doute faire admettre que ces hallucinations survenues au milieu de la nuit, le malade étant couché, ont très probablement précédé ou suivi le sommeil, mais il suffit que ce point ne soit pas mieux indiqué pour que je m'abstienne de citer les faits de ce genre, d'ailleurs assez nombreux. Esquirol, dans son chapitre sur la démo-

nomanie, parle entre autres d'une femme qui, après une longue course, se couche par terre très fatiguée; bientôt elle entend dans sa tête un bruit qu'elle compare à celui d'un rouet à filer. Plus tard elle est poursuivie par d'autres hallucinations, et devient démonomaniaque. Cette femme s'était-elle assoupie? On ne saurait l'affirmer, l'auteur n'ayant rien dit à cet égard. Il en est de même d'autres faits rapportés dans les mémoires de MM. Lélut, Moreau, Bottex, dans l'ouvrage de Fodéré, etc.

Je me bornerai à faire remarquer, pour les observations de la seconde série, que, dans toutes, les hallucinations survenant au moment du sommeil, ont précédé le délire ou marqué son début. Il n'en est pas de même dans les faits suivants.

§ III. — *De l'influence de l'état intermédiaire à la veille et au sommeil sur la production des hallucinations pendant le cours de la folie.*

Observation quinzième.

Hallucinations de l'ouïe au moment du sommeil et du réveil chez un mélancolique.

Voici ce qu'écrivait à Pinel une mélancolique dont il a rapporté l'observation dans sa *Nosographie*. Je cite d'abord ce fait, parce qu'aucun ne m'a paru plus important pour le sujet de ce travail.

« Je cède, dit-elle, au désir de rendre compte d'un phénomène dont je me garderai bien de donner connaissance à l'homme peu instruit, il me rirait en face; mais je le crois digne d'être communiqué à l'observateur philosophe, s'il veut bien se persuader que je respecte trop ses lumières

pour vouloir les exercer sur des rêveries. Le matin à mon réveil, et le soir avant de m'endormir, les artères de ma tête étant plus vivement agitées, j'entends très distinctement, vers le derrière et au sommet de la tête, une voix (je manque d'autre expression ou plutôt je sens que celle-là seule est exacte;) cette voix rend des sons franchement articulés, construit des phrases dont le sens est rarement obscur; levée sur mon séant, cette voix cesse de se faire entendre. »

Ainsi les hallucinations avaient lieu uniquement au moment du sommeil et du réveil; elles se produisaient même d'une façon en quelque sorte toute mécanique. Il suffisait, en effet, que la malade quittât la position horizontale pour que la voix cessât de se faire entendre.

Je m'étonne que cette observation et plusieurs de celles qui la précèdent, dans lesquelles l'influence du passage de la veille au sommeil sur la production des hallucinations est si nettement indiquée par les malades eux-mêmes, n'ait point éveillé l'attention sur ce point. Pinel, non plus que les auteurs cités plus haut, n'a fait à ce sujet aucune réflexion.

Observation seizième.

Hallucinations de la vue, se produisant uniquement au moment du sommeil; hallucinations de l'ouïe survenant pendant la veille, mais devenant plus fortes avant et après le sommeil.

L'observation suivante est celle d'un aliéné avec lequel j'ai vécu pendant plusieurs mois chez M. Esquirol. Je possède beaucoup de papiers que ce malade m'a remis, et des notes recueillies sur son délire, remarquable à plus d'un titre. Cependant je renonce à dire ce que j'ai moi-même observé, aimant mieux me borner à transcrire le fait tel

que l'a déjà rapporté M. Leuret dans ses *Fragments psychologiques*. J'aurrais arrangé à plaisir cette observation pour démontrer l'influence du passage de la veille au sommeil sur la production des hallucinations, qu'elle n'aurait pu prouver cette influence d'une manière plus manifeste.

« Je donne des soins, dit M. Leuret, de concert avec mon confrère M. Mitivié, à un ancien employé supérieur dans l'administration des finances, âgé d'environ soixante ans, qui éprouve ce qu'il appelle des suscitations. Lorsqu'il se sent excité à faire quelque chose, il attribue le désir à un autre qu'à lui; cet autre, pour le déterminer à agir, lui représente les objets dont il veut l'occuper.

« Il n'est pas en mon pouvoir, dit un jour ce malade à M. Leuret, de faire cesser mes suscitations; je ne vois pas même ceux qui les produisent, je les entends, et rien de plus. Cela m'arrive surtout le soir *au moment où je vais m'endormir*, et le matin lorsque je *m'éveille*. »

Un peu plus loin le malade ajoute : « Indépendamment de cela, il y a un autre objet très considérable; ce sont des visions qui se présentent à mes yeux *avant mon sommeil*. Je ne puis mieux comparer ce que j'éprouve qu'au théâtre pittoresque de Pierre; mais les objets qui se présentent à moi sont de grandeur naturelle; ce sont des places, des rues, des monuments, des églises, des intérieurs d'appartements, des hommes nus, des femmes aussi, mais rarement.

« Est-il sûr, demande M. Leuret au malade, que vous ne dormiez pas quand tout cela se présente à vous ?

— Sûrement *je ne dors pas*, car je vois très distinctement.

— Avez-vous quelquefois pendant le jour de semblables visions ?

— Le jour, *quand je ferme les yeux*, je vois aussi quel-

que chose ; ce n'est pas le théâtre, mais différents objets. C'est lorsque je *m'assoupis* que ces visions arrivent.

— Avez-vous des visions chaque fois que vous vous assoupissez ?

— Oh non ! quand je m'assoupis de moi-même, je ne vois rien, c'est quand on m'assoupit. Je suppose que c'est par le souffle, par la respiration qu'on me fait dormir. »

M. Leuret rapporte cette observation dans son chapitre des visions, qui ne sont pour lui que des hallucinations survenant pendant le sommeil. Il faut, je crois, distinguer avec soin les fausses sensations dont il s'agit ici, et dans tous les exemples précédents, de celles qui ont lieu pendant les rêves, comme j'essaierai de le prouver plus loin ; mais je dois faire remarquer dès ce moment que les hallucinations avaient lieu chez ce malade au moment où il s'endormait, quand il s'éveillait, et non pendant le sommeil. Il n'y avait encore chez lui qu'un premier degré d'assoupissement dans lequel les impressions externes étaient perçues, au moins en partie. C'est, en un mot, de l'état intermédiaire à la veille et au sommeil qu'il s'agit ici, et non du sommeil même.

Observation dix-septième.

Hallucinations de la vue survenant dans un état de demi-sommeil, et se produisant pendant le jour dès que la malade abaisse les paupières.

G..., âgée de vingt-sept ans, domestique, était depuis quelque temps tourmentée par la crainte des mauvais traitements dont son ancien amant l'avait menacée. A chaque instant elle redoutait de le voir paraître, et elle a cru plusieurs fois l'apercevoir dans la rue ; peu à peu elle perdit le sommeil et l'appétit, et se mit à parler seule et tout

haut ; elle oubliait ce qu'on lui disait, et à tout moment elle s'attirait des réprimandes pour ses méprises. Un jour, elle se figure entendre des tambours autour de la maison, et croit qu'on vient la chercher pour la conduire en prison ; elle se frappe d'un coup de couteau à l'épigastre, et va ensuite se précipiter dans un puits ; elle en fut retirée sans blessures graves. Quelques jours après elle est conduite à la Salpêtrière.

Cette fille éprouve pendant la nuit, et dans un état de demi-sommeil, des visions singulières. Le diable lui apparaît et l'enlève par les pieds dans les airs ; elle voit en outre beaucoup de figures d'hommes, d'animaux, etc. ; elle sent des odeurs infectes, ce qui lui fait penser que le diable la transporte dans des lieux d'aisances. D'ailleurs elle ne peut dire si elle veille ou si elle dort quand tout cela se passe. Elle entend ce qui se fait autour d'elle, et quand elle ouvre les yeux, il lui semble n'avoir point cessé de veiller, et elle n'éprouve point la sensation toute spéciale du réveil.

Dans le jour, la fille G... offre un phénomène curieux : dès qu'elle ferme les yeux, elle voit des animaux, des prairies, des maisons. Il m'est arrivé plusieurs fois de lui abaisser moi même les paupières, et aussitôt elle me nommait une foule d'objets qui lui apparaissaient.

Je trouve deux exemples semblables dans les *Fragments psychologiques* de M. Leuret.

Observation dix-huitième.

Hallucinations du toucher, survenant dès que le malade ferme les yeux.

« Un malade dont R. Whytt fait mention, dit M. Leuret, n'éprouvait pendant la veille rien d'inaccoutumé et raison-

nait très juste. Dès qu'il fermait les yeux, même sans dormir, il tombait dans le plus grand désordre d'esprit. Il lui semblait être transporté dans les airs, sentir ses membres se détacher, etc. »

Observation dix-neuvième.

Hallucinations de la vue, se modifiant lorsque le malade ferme les yeux, et cessant dès qu'il les ouvre.

« Nicolaï fut attaqué, en 1778, d'une fièvre intermittente pendant laquelle il lui apparaissait des figures coloriées ou des paysages. Fermait-il les yeux, il se faisait, au bout d'une minute, quelque changement dans sa vision ; s'il les ouvrait, tout disparaissait. »

Observation vingtième.

Hallucinations de la vue, survenant quand les yeux sont fermés ou couverts d'un drap.

Je retrouve dans mes notes l'observation d'une femme atteinte de paralysie, qui se plaignait aussi d'avoir des visions en plein jour, dès qu'elle avait les yeux fermés ou couverts d'un drap; les objets qu'elle voyait étaient d'ailleurs très variés. Pendant la nuit, il lui apparaissait des fantômes.

Observation vingt et unième.

Hallucinations du toucher chez une mélancolique, survenant dès qu'elle voulait s'endormir.

M. Cazauvieilh (1) a rapporté l'histoire d'une femme atteinte de lypémanie suicide dont l'état, devenu d'abord beaucoup meilleur sous l'influence d'une saignée, de bains

(1) *Du suicide de l'aliénation mentale et des crimes contre les personnes.* Paris, 1840, in-8.

généraux et de quelques purgatifs, s'aggrava subitement dans la nuit du 7 juin. « Aussitôt qu'elle voulait s'endormir, dit M. Cazauvieilh, elle se voyait dans l'eau jusqu'aux aisselles, ou bien on la soulevait par le cou avec une corde, etc.

Observation vingt-deuxième.

Hallucinations de l'ouïe, ayant lieu pendant la veille, puis, avant de cesser complétement, ne survenant qu'au moment du sommeil.

Un malade chez lequel les hallucinations de l'ouie paraissent n'avoir eu lieu qu'au moment du sommeil, mais sont plus tard devenues continues, fut mis, par M. Moreau, à l'usage du datura; l'observation renferme entre autres les détails suivants :

« 29 *janvier*. Dans la soirée, *au moment de s'endormir*, le malade a encore entendu des voix. Il a moins bien dormi que la nuit précédente et a beaucoup rêvé.

» 2 *février*. Des bourdonnements, des voix confuses ont encore inquiété le malade, toujours immédiatement avant de s'endormir. »

Observation vingt-troisième.

Hallucinations de l'ouïe, ayant lieu pendant la veille, puis, avant de cesser complétement, ne survenant qu'au moment du sommeil.

Dans une autre observation, le même auteur parle d'un malade tourmenté nuit et jour par des hallucinations de l'ouie, qui, avant de céder à l'usage du datura, revinrent encore deux nuits de suite, mais uniquement avant le sommeil.

« Le mieux se maintient jusqu'au 1er mars, dit M. Moreau. A cette époque, G... ayant eu deux nuits de suite de nouvelles hallucinations, peu durables cependant, et seulement quelques *minutes avant de s'endormir*, je lui prescris une nouvelle potion avec 25 centigrammes de datura, à prendre par petites cuillerées avant de se coucher. La nuit a été exempte d'hallucinations, mais il en est survenu de nouvelles la nuit d'après. »

Certains malades hallucinés d'un ou de plusieurs sens pendant le jour, ont de fausses perceptions d'un autre sens lorsqu'ils commencent à s'assoupir : c'est ce qu'on a déjà pu remarquer dans l'observation XVI. Des hallucinations de l'ouie avaient lieu pendant la veille; mais de fausses perceptions de la vue survenaient en outre uniquement au moment du sommeil. J'ai vu le même fait chez trois malades de la Salpêtrière.

Observation vingt-quatrième.

Hallucinations de l'ouïe pendant la veille ; hallucinations de la vue dès que le malade s'assoupit.

Madame S..., âgée de quarante-six ans, est depuis plusieurs années tourmentée par des hallucinations de l'ouie. Les *voix* ne lui laissent pas un moment de repos, et elle demande avec instance à être délivrée des souffrances que cela lui cause. M. Mitivié a vainement essayé sur cette malade l'électricité et le datura. Outre les fausses perceptions de l'ouie, elle a des illusions ou des hallucinations du toucher, et accuse surtout dans la tête les sensations les plus étranges. Mais cette femme n'a d'hallucinations de la vue que lorsqu'il lui arrive de s'assoupir pendant le jour : elle voit alors des figures bizarres et effrayantes; elle

explique d'ailleurs l'état dans lequel elle se trouve lors de l'apparition de ces visions, en disant qu'elle ne dort ni ne veille.

Observation vingt-cinquième.

Hallucinations de l'ouïe pendant la veille; hallucinations de la vue lorsque la malade s'assoupit.

Madame P..., âgée de cinquante-sept ans, est entrée, il y a plusieurs années, à la Salpêtrière, dans la section des aliénées. Cette malade prétend être poursuivie pendant le jour par la voix d'une ancienne surveillante. Elle est en outre tourmentée, pendant le sommeil, par des visions effrayantes qui reviennent toujours les mêmes; ce sont des femmes, des enfants qu'elle voit couper par morceaux et torturer de toutes les manières; ce sont ses parents qu'on tue ainsi les uns après les autres. Je lui demandai si elle ne voyait jamais rien de semblable pendant le jour : — Cela, me répondit-elle, ne m'arrive que très rarement et seulement quand, ayant mal dormi la nuit, je m'assoupis légèrement sur une chaise : alors mes visions reviennent et disparaissent dès que j'ouvre les yeux.

Observation vingt-sixième.

Hallucinations de l'ouïe pendant le jour, hallucinations du toucher dès que la malade est couchée.

Madame D..., âgée de trente-huit ans, est entrée à la Salpêtrière le 18 janvier 1842. Cette femme est tourmentée, depuis plusieurs mois, par des *voix* qui lui parlent pendant le jour et semblent partir de dessous terre. Elle ne

conçoit rien à ce qu'elle éprouve, et l'attribue à l'influence du diable, mais ce dont elle se plaint surtout, c'est que, à peine est-elle couchée, on la pique avec des fourchettes, des couteaux, etc.; les douleurs sont telles, qu'elle est obligée de sauter du lit, et elle affirme n'y être pas restée une seule fois depuis deux mois pendant une heure de suite.

Observation vingt-septième.

Hallucinations de l'ouïe et du toucher pendant la veille; hallucinations de la vue dans un demi-sommeil.

M. Lélut, dans son livre sur le *Démon de Socrate*, rapporte, d'après Bodin, l'histoire d'un halluciné qui offre beaucoup d'analogie avec celle du célèbre philosophe. Ce malade était dirigé par un bon ange qui lui tirait l'oreille droite quand il s'engageait dans une mauvaise voie, et l'oreille gauche au contraire quand il n'avait rien à craindre et pouvait persévérer. « Je lui demandai, dit Bodin, si jamais il avait vu l'esprit en forme; il me dit qu'il n'avait jamais rien vu en veillant, hormis quelques lumières en forme de rondeau bien clair; mais un jour, étant en extrême danger de vie, ayant prié Dieu de tout son cœur qu'il lui plût de le préserver, *sur le point du jour, entre-sommeillant*, il dit qu'il aperçut, sur le lit où il était couché, un jeune enfant vêtu d'une robe blanche changeant en couleur de pourpre, d'un visage d'une beauté émerveillable, ce qui l'assura bien fort, etc., etc. »

§ *IV. Influence de l'état intermédiaire à la veille et au sommeil sur la marche des hallucinations.*

La nuit a été signalée avec raison par plusieurs auteurs comme un moment de paroxysme pour les hallucinés.

Quelquefois même des hallucinations purement psychiques pendant le jour deviennent alors réellement sensorielles. En interrogeant ces malades avec soin, on pourra se convaincre que ce paroxysme ou cette transformation est due souvent au passage de la veille au sommeil et du sommeil à la veille, comme le prouvent les observations suivantes.

Observation vingt-huitième.

Hallucinations psychiques de l'ouïe pendant la veille; hallucinations psycho-sensorielles le soir au moment du sommeil et le matin au réveil.

M. B..., dont j'ai recueilli l'histoire dans la maison de santé de M. le docteur Belhomme, est un des hallucinés les plus curieux que j'aie rencontrés. Je me borne à indiquer ici ce qui a trait au paroxysme de ses hallucinations pendant la nuit.

Ce malade a presque continuellement un bourdonnement dans les oreilles, et de plus il entend les voix de divers interlocuteurs avec lesquels il est, dit-il, en rapport magnétique. Pendant le jour, le bourdonnement d'oreilles est très faible, et il compare le bruit des voix à celui que ferait une personne parlant bas à vingt pas de lui, ce qui, chose étonnante, ne l'empêche pas de comprendre parfaitement tout ce qu'on dit. Le soir, avant le sommeil, et le matin au réveil, le bourdonnement d'oreilles devient beaucoup plus fort, et les voix atteignent leur médium. Ce que M. B... éprouve alors est bien différent de ce qui se passe pendant le jour; il est dans un état particulier, qu'il désigne sous le nom de crise magnétique.

Il y a ici pendant le jour des hullucinations purement psychiques qui avant le sommeil et au réveil deviennent réellement sensorielles.

Observations vingt-neuvième et trentième.

Illusions ayant leur point de départ dans les organes génitaux, et devenant beaucoup plus fortes au moment du sommeil.

J'ai donné des soins à une jeune fille chlorotique et monomane qui éprouvait spontanément dans les organes génitaux des sensations tantôt voluptueuses et tantôt douloureuses. La sensibilité de ces organes était si exaltée, que la marche et parfois même le simple contact des draps pendant la nuit suffisaient pour développer des crises. Cette malade passait ses journées dans un fauteuil, les jambes relevées et écartées ; quelque peu décente que fût cette position, elle prétendait n'en pouvoir supporter d'autre, le simple rapprochement des cuisses donnant lieu aux sensations qu'elle voulait éviter. Dans une série de lettres qu'elle m'a adressées, cette malade décrit avec soin toutes ses souffrances, et je trouve signalé dans l'une d'elles le paroxysme qui a lieu dans les hallucinations au moment du sommeil.

« J'ai eu vers ce temps, dit-elle, de très fortes sensations qui se répandaient partout et qui me produisaient un calme et une paix d'esprit inexprimables. Pour les combattre, je travaillais continuellement, souvent depuis cinq heures du matin jusqu'au soir ; je me donnais ma tâche, je m'occupais avec acharnement, je me privais toujours d'un peu de sommeil dont j'aurais eu grand besoin dans le milieu du jour ; mais *aussitôt que je voulais m'y livrer, les sensations* devenaient si excessives qu'il me semblait que j'aurais été coupable de m'y exposer. » Cette jeune fille est aujourd'hui mariée et complètement guérie.

J'ai vu, il y a peu de mois, un hypochondriaque chez le-

quel l'approche du sommeil produisait les mêmes effets. Les sensations au moins très exagérées, qu'il accusait dans presque tous les organes, prenaient alors une grande intensité, et il redoutait le moment où il allait s'endormir.

Le malade qui fait le sujet de cette observation dit aussi, en parlant de ses hallucinations de l'ouïe, devenues presque continuelles : « Cela m'arrive *surtout* le soir, au moment où je vais m'endormir, et le matin lorsque je m'éveille. »

SECONDE PARTIE

EXAMEN ET DISCUSSION DES OBSERVATIONS.

Les observations précédentes prouvent d'une manière incontestable l'influence sur la production des hallucinations de l'état intermédiaire à la veille et au sommeil, chez les sujets prédisposés à la folie, au début et dans le cours de cette maladie. Sur les trente faits rapportés dans ce travail, onze sont empruntés à divers auteurs qui n'ont rien dit de la cause que je viens d'indiquer, et ne paraissent pas même l'avoir remarquée. Ces onze observations ne sauraient donc être suspectes, et si j'avais pu conserver des doutes sur celles que j'ai moi-même recueillies, cette circonstance les eût dissipés. C'est donc, je crois, désormais un point bien établi que cette influence de l'état intermédiaire à la veille et au sommeil sur la production des hallucinations dans la folie.

J'ai dit que la nuit avait déjà été signalée, dans plusieurs ouvrages, comme un moment de paroxysme pour les hallucinés; mais on se bornait à énoncer le fait sans en rechercher la cause, ou bien on donnait des explications en dehors de la vérité. Voici, par exemple, comment s'exprime Foderé dans son *Traité du délire*,

« Il est à remarquer, dit Foderé, que quoiqu'en général ces deux apparitions aient lieu le jour aussi bien que la nuit, cependant elles commencent ordinairement avec les ténèbres, et elles sont plus fortes pendant la nuit, parce qu'alors on a moins de moyens de s'informer de la véritable raison de ce qu'on croit voir ou entendre, et que d'ailleurs l'obscurité et le silence prêtent singulièrement au travail de l'imagination. »

Une explication analogue a été donnée par M. Calmeil (1), dont le travail est un des plus récents.

« Les hallucinations de l'ouïe, dit-il, présentent quelquefois le jour une sorte de rémittence ou même d'intermittence, et se réveillent ensuite au moment de la nuit; soit que le mouvement, les occupations de la journée, exercent sur l'esprit une diversion heureuse, soit que l'obscurité, le silence, l'isolement, contribuent, en concentrant l'attention sur un petit nombre d'objets, à exalter l'imagination et à égarer le jugement. Tel aliéné qui est calme et satisfait tant que le soleil est sur l'horizon, voit arriver la fin du jour avec une sorte d'appréhension, convaincu qu'il est, que les scènes de la nuit précédente vont encore se renouveler jusqu'au lendemain. »

Les causes indiquées par Foderé et par M. Calmeil, pour expliquer les hallucinations qui ont lieu principalement ou même uniquement pendant la nuit, ne sont point assurément sans importance; mais on ne doutera pas, en lisant les observations précédentes, que ces auteurs n'aient méconnu la principale de ces causes, l'influence de l'état intermédiaire à la veille et au sommeil, pendant lequel se produisent comme des rêves anticipés, accompagnés souvent d'hallucinations.

(1) *De la folie*, Paris, 1845, t. I, p. 9.

Le moment précis de la production du phénomène est d'ailleurs clairement indiqué par les malades eux-mêmes.

C'est avant de s'endormir et à son réveil que la mélancolique de Pinel (observation XV) éprouvait les hallucinations qu'elle décrit si bien.

C'est au moment où il allait s'endormir que l'aliéné dont parle M. Leuret entendait dans la tête ce singulier frappement (observation XI).

C'est encore avant le sommeil, et lorsqu'il s'éveillait, que cet ancien employé des finances, dont j'ai transcrit l'observation, entendait des voix, et avait des visions (observation XVI).

Le fait n'est pas moins bien indiqué dans les observations de MM. Cazauvieilh et Moreau, et dans celle de l'halluciné dont parle Bodin (observations XXI, XXII, XXIII, XXVII).

Je cite de préférence les faits empruntés aux auteurs, parce que les termes dont ils se sont servis ne sauraient être suspects. Ils prouvent que les malades dont j'ai moi-même rapporté les observations n'ont rien dit en dehors de ce qu'ils éprouvaient.

Il est important de ne pas confondre ces hallucinations survenant, alors que le besoin de sommeil se fait sentir, que les paupières se ferment, mais qu'on n'est point encore endormi, avec celles du sommeil proprement dit. La jeune fille qui voyait le diable, et qui peut-être explique moins nettement que beaucoup d'autres l'état dans lequel elle se trouvait, me disait qu'en sortant de cet état, elle n'avait jamais conscience du réveil, il lui semblait n'avoir pas cessé de veiller; quoique ses yeux se fussent fermés, elle avait continué à entendre tout ce qui se passait autour d'elle (observation XVII).

Il y a loin de là aux hallucinations des rêves. Quand on

a rêvé et par conséquent dormi, on ne peut se tromper au réveil sur le phénomène qu'on vient d'éprouver; il n'y a rien de semblable chez les malades dont j'ai parlé.

— Est-il bien sûr que vous ne dormiez pas quand tout cela se présente à vous? demande M. Leuret à l'aliéné qui fait le sujet de la seizième observation.

— Sûrement je ne dors pas, répondit-il, car je vois très distinctement.

M. Leuret n'accepte pas cette réponse, et démontre facilement qu'elle n'est pas rigoureuse, car on peut voir très distinctement dans un rêve. Cependant le malade était dans le vrai, il ne dormait pas; il était seulement légèrement assoupi. Au reste, c'est un de ceux auxquels il suffisait, même pendant le jour, de fermer les yeux pour provoquer des hallucinations de la vue. J'insiste sur ce point parce qu'on devra distinguer désormais les hallucinations survenant dans l'état intermédiaire à la veille et au sommeil, de celles qui ont lieu pendant le sommeil même. Ces dernières ont moins d'influence sur l'esprit des malades, et sont beaucoup moins dangereuses; les autres, au contraire, affectent l'imagination bien plus vivement, parce qu'on ne dort pas. Comme le disent les malades, ce n'est pas un rêve; on voit et on entend bien réellement. D'ailleurs, que de différence entre les unes et les autres sous le rapport de la gravité! Les hallucinations des rêves sont sans doute un signe d'excitation cérébrale, mais elles peuvent exister longtemps sans qu'on ait à craindre l'invasion de la folie; les autres au contraire, qui se rapprochent sous ce rapport des hallucinations de la veille, ne tardent pas, pour peu qu'elles persistent, à devenir continues et à entraîner le délire.

Le plus souvent, en effet, les hallucinations qui précèdent le sommeil deviennent bientôt continues et entraînent

le délire. Cependant les trois premières observations prouvent qu'il n'en est pas toujours ainsi; la folie peut ne survenir qu'après plusieurs années chez des sujets, tourmentés tous les soirs par des hallucinations au moment du sommeil. Je connais une dame, d'un esprit distingué et douée d'un excellent jugement, qui n'a jamais pu s'endormir sans une lumière, à cause des visions dont elle est assiégée dans l'obscurité. On devra surtout tenir compte de ce symptôme chez des sujets nés de parents aliénés ou offrant d'autres signes de prédisposition à la folie. Des trois malades dont j'ai donné l'histoire, deux, en effet, ont fini par perdre la tête, et le troisième a été plusieurs fois dans l'imminence du délire. Les hallucinations, au moment du sommeil, devront donc être recherchées, chez les sujets prédisposés à la folie, comme un des signes de cette prédisposition.

L'étude des hallucinations qui précèdent le sommeil offre plus d'importance encore dans le prodrome et au début de la folie; elle montre, en effet, dans beaucoup de cas, le point de départ et l'origine des fausses sensations qu'on observe pendant la veille. C'est, d'ailleurs, après un temps variable que les hallucinations, survenant d'abord au moment du sommeil, deviennent continues. Il en fut ainsi chez Alexandrine J... (observation IV); au début de sa maladie, il lui suffisait, pour retrouver le calme, de sauter de son lit et d'avoir de la lumière ; ce ne fut qu'après douze jours que, les hallucinations persistant malgré cette précaution, la malade en vint à se disputer avec les *voix* et à se sauver dans les rues en demandant du secours. Dans d'autres observations, le phénomène est resté moins longtemps isolé. Dans la huitième, par exemple, le bruit survenu au moment du sommeil continue, dès la première fois, pendant toute la nuit. Chez la malade de la treizième

observation, les hallucinations, le premier jour, durent près de six heures. Enfin, chez Mme L... (observation XIV), un délire violent a suivi immédiatement et n'a pas cessé depuis huit ans.

Ces hallucinations, après être devenues continues, peuvent d'ailleurs, avant de disparaître complètement, revenir à leur point de départ. C'est ce qui a eu lieu spontanément dans la cinquième observation, et sous l'influence du datura dans les observations XXII et XXIII.

Cette espèce de marche décroissante pourra parfois faire reconnaître le point de départ des hallucinations, alors que les renseignements sur le début n'auront pas permis de l'établir bien nettement.

Quelle que soit l'origine des fausses perceptions, elles deviennent souvent plus fortes au moment du sommeil. On voit cette espèce de paroxysme indiqué par les malades eux-mêmes dans les observations XVI, XXVII, XXIX et XXX.

Il arrive assez souvent que des aliénés, hallucinés d'un ou de plusieurs sens pendant le jour, ont des hallucinations d'un autre sens dans l'état intermédiaire à la veille et au sommeil (observations XXIV, XXV, XXVI et XXVII).

Les fausses sensations qui précèdent le sommeil font quelquefois redouter aux malades le moment où ils vont s'endormir. C'est ce qui explique pourquoi celui-ci rentrait chez lui le plus tard possible, ou même passait la nuit dans les rues (observation XII) ; pourquoi une autre ne s'est pas couchée pendant deux mois (observation XXVI) ; pourquoi, enfin, une jeune fille chlorotique luttait contre le sommeil, dont elle avait, disait-elle, si grand besoin (observation XXIX). Quelque chose d'analogue avait lieu chez un fébricitant qui me demandait souvent, au milieu de la nuit, de ne pas cesser de lui parler, ou de lui faire une

lecture pour le tenir éveillé, parce qu'il avait, à peine assoupi, des illusions fatigantes qu'il décrivait avec la plus grande précision.

Depuis que mon attention s'est portée sur cette influence du passage de la veille au sommeil, j'ai rencontré plusieurs malades, non aliénés, qui ressentaient beaucoup plus vivement leurs douleurs quand ils s'assoupissaient. J'ai été consulté, entre autres, par une dame dont les douleurs névralgiques se produisent parfois uniquement au moment du sommeil. Enfin j'ajouterai que l'influence du passage de la veille au sommeil doit être étudiée chez les épileptiques. J'ai vu à la Salpêtrière une femme chez laquelle cette cause provoquait manifestement les accès. On sait d'ailleurs que ceux-ci surviennent très souvent pendant la nuit, et il reste à rechercher quels rapports il peut y avoir entre leur invasion et le moment où le malade s'endort ou se réveille.

Les hallucinations qui se produisent le plus fréquemment dans l'état intermédiaire à la veille et au sommeil sont celles de l'ouïe et de la vue. Ce sont aussi celles qu'on observe chez le plus grand nombre des aliénés dans l'état de veille. Cependant les hallucinations de la vue sont certainement ici relativement plus fréquentes que celles de l'ouïe. Dans plusieurs observations, il y a eu des fausses sensations du toucher et de l'odorat.

Le plus souvent les hallucinations surviennent seulement au moment du sommeil (observations I, II, IV, VI, VII, XI, etc.) : rarement elles ont lieu uniquement au réveil (observations XIII, XIV) ; il est plus commun, au contraire, de les observer immédiatement avant et après le sommeil. C'est ce qui existait dans les observations III, V, VIII, XV, XVI, XVIII, etc.

Les hallucinations qui se produisent sous l'influence du

passage de la veille au sommeil sont ordinairement très simples ; ce sont, par exemple, des bourdonnements d'oreilles, des bruits de différente nature. C'est un frappement qui s'opérait sur le tympan chez l'halluciné cité par M. Leuret (observation II) ; c'est un bruit de voix dans lequel les aliénés ne peuvent rien distinguer. Dans certains cas, il en est autrement ; les paroles sont nettement prononcées ; ce sont des menaces, des injures, on annonce au malade des événements fâcheux. On demandait à une femme des messes pour l'âme de ses parents morts. Une autre entendait des assassins qui venaient la tuer ainsi que son mari.

Les hallucinations de la vue sont très variées. L'aliéné qui fait le sujet de la IX[e] observation voyait presque toujour des militaires. Un autre apercevait le diable chaque soir, toujours sous la même forme. On ne peut donc rien établir de général, et les hallucinations de l'état intermédiaire à la veille et au sommeil ne diffèrent en rien, sous ce rapport, de celles qui ont lieu pendant la veille.

La comparaison des observations que j'ai citées me paraît faire ressortir, au point de vue étiologique, un fait de quelque intérêt.

Chez Alexandrine J... (observation IV), les hallucinations survinrent à la suite de la suppression des règles, et cédèrent à une application de sangsues qui les fit reparaître.

La femme L... (observation V) éprouvait, depuis un certain temps, de la céphalalgie, des étourdissements, des bourdonnements dans les oreilles. Elle était très colorée et sous l'influence d'une congestion cérébrale permanente, qu'aggravaient encore des accès de boisson. Les hallucinations, après avoir cédé la première fois, revinrent à l'époque des règles.

Denise B... (observation VI) avait omis de se faire pra-

tiquer une saignée, à laquelle elle était habituée depuis plusieurs années ; ses migraines avaient augmenté, et elle était aussi très colorée.

Dans les observations VII et VIII, les malades étaient arrivées à l'âge critique : l'une d'elles était forte, pléthorique et sujette à des étourdissements.

Chez la femme de l'observation IX, les règles, depuis quatre ans, avaient toujours été en diminuant.

Dans l'un des faits empruntés à M. Aubanel, le malade avait de la céphalalgie, la figure rouge, le front chaud. Les hallucinations cédèrent à une saignée que fit pratiquer M. Ferrus.

Dans tous les cas que je viens de rappeler, et dans d'autres encore, la congestion cérébrale paraît avoir joué le principal rôle dans la production des hallucinations. C'est un fait qui doit être constaté, parce qu'il fournit des indications bien précises pour le traitement.

Le délire qu'entraînent les hallucinations survenant au moment du sommeil est souvent de peu de durée.

La malade qui fait le sujet de la quatrième observation fut guérie quelques jours après son entrée à la Salpêtrière. Il en fut de même dans un autre cas (observation VII). La femme qui entendit plusieurs nuits de suite la voix de ses parents lui demandant des messes, ne donna aucun signe de délire à l'hospice ; celui qui avait dû provoquer son entrée avait déjà cessé. D'autres malades (vingt et unième et vingt-deuxième observations) furent aussi très promptement guéris.

Plusieurs auteurs, et Esquirol entres autres, ont signalé l'analogie des rêves et des hallucinations. Cette analogie existe, et les faits que j'ai cités me semblent surtout propres à la démontrer : cependant on a négligé de faire une distinction sur laquelle je crois devoir insister.

Il y a deux sortes de rêves : les uns sont simples et purement intellectuels, si je puis m'exprimer ainsi; les autres sont accompagnés d'hallucinations véritablement sensorielles.

Les rêves simples sont les plus fréquents; on se rappelle souvent des conversations avec des personnages qu'on n'a pas vus, et de la voix desquels on n'a conservé aucun souvenir. Il se passe dans ce cas ce qui a lieu très souvent, mais avec conscience, dans l'état de veille, lorsqu'on est très préoccupé. Il arrive souvent qu'on se parle à soi-même mentalement à la seconde personne, comme le ferait un interlocuteur. C'est ainsi que nous nous adressons des reproches et que nous nous faisons des objections auxquelles nous répondons, etc. Mais dans ces espèces de dialogues intérieurs il n'y a que des pensées formulées sans aucun bruit de voix. C'est un phénomène intellectuel indépendant de l'action des sens.

Ces rêves simples constituent aussi de fauses perceptions de l'ouïe, puisqu'on croit entendre des paroles; mais ces paroles, on les entend sans bruit, elles sont tout intérieures, ce sont des hallucinations incomplètes et différant des véritables hallucinations par l'absence des phénomènes sensoriels.

Parfois on se rappelle avoir vu certaines figures, entendu certaines voix pendant le sommeil; ce phénomène est tout à fait identique avec ce qu'éprouvent les hallucinés pendant la veille, et une des observations que j'ai citées le prouve d'une manière évidente; la malade entendait des *voix* avant de s'endormir et en se réveillant; mais, de plus, elle se rappelait les avoir entendues pendant son sommeil; quelquefois même ces voix la réveillaient. Ainsi l'hallucination avait lieu avant, pendant et après le sommeil, et, dans tous les cas, elle était évidemment de la même nature.

Il importe donc, si l'on compare les rêves aux hallucinations, de tenir compte de la distinction dont je viens de parler, et sur laquelle je vais bientôt revenir pour montrer qu'elle doit être faite également pour les phénomènes éprouvés par les hallucinés.

La nature des hallucinations est très diversement comprise par les auteurs; les uns les considèrent comme un symptôme purement physique, dont le bourdonnement d'oreilles est le degré le plus simple ; les autres les regardent comme une espèce particulière de délire qui ne diffère des conceptions délirantes, en général que par sa forme. Pour les uns, les hallucinés sont réellement impressionnés comme s'ils voyaient et entendaient, etc. ; pour les autres, au contraire, ces malades se trompent, et n'éprouvent rien de ce qu'ils disent. Les partisans de la première opinion préconisent surtout les moyens physiques , ceux de la seconde, le traitement moral.

Les observations que j'ai citées me semblent d'un certain intérêt pour la solution de la question : elles fournissent un des arguments les plus solides à l'opinion, bien défendue surtout par M. Foville, qui fait des hallucinations un symptôme tout physique. C'est en effet, d'une manière en quelque sorte mécanique qu'on les voit survenir au moment du sommeil. Elles sont alors évidemment le résultat du changement qui s'opère dans les centres nerveux, changement inconnu, mais qu'il est impossible de concevoir autrement que comme un fait purement organique. Le simple abaissement des paupières suffit pour provoquer chez certains malades des hallucinations de la vue; ils aperçoivent alors des objets variés dont ils n'avaient pas la moindre idée un instant auparavant. La position horizontale paraît même contribuer beaucoup à la production des hallucinations. La mélancolique citée par Pinel ces-

sait, dès qu'elle était assise, d'entendre la voix qui lui parlait. J'ai dans mon service une malade qui est plus tourmentée par les fausses perceptions quand elle a la tête basse. Dans l'une des observations empruntées à M. Moreau, les hallucinations recommençaient dès que le malade posait sa tête sur l'oreiller, et il lui suffisait de se mettre sur son séant pour s'en débarrasser. Chez les femmes, c'est dans beaucoup de cas, sous l'influence de la suppression des règles et des symptômes de congestion cérébrale que les hallucinations surviennent au moment du sommeil. Or, j'ai montré que ces fausses sensations étaient souvent le point de départ de celles qui ont lieu pendant la veille. Elles doivent donc, au moins dans ce cas, être considérées comme un symptôme physique, qui réclame surtout l'emploi des moyens physiques.

Les hallucinations qui précèdent le sommeil, pour peu qu'elles persistent pendant plusieurs jours, doivent éveiller l'attention du médecin, surtout s'il s'agit d'un sujet prédisposé à la folie, ou qui a déjà été aliéné. C'est, en effet, parce qu'elle permettra parfois de prévenir un délire imminent que l'étude des hallucinations de l'état intermédiaire à la veille et au sommeil peut avoir une certaine utilité pratique.

Il me reste à parler des faits que j'ai cités sous le rapport de la médecine légale.

Un paysan allemand, réveillé au milieu de la nuit, frappe d'un coup de hâche un fantôme qu'il aperçoit devant lui. Cet homme immole ainsi sa femme, avec laquelle il avait toujours vécu en bonne intelligence. Il n'avait donné jusque-là aucun signe de folie, et il n'en donna point après cet accident. Ce cas devait intéresser à un haut degré les médecins légistes, et il provoqua une longue consultation, que Marc a traduite en entier, et qu'il cite comme un

modèle (1). Les auteurs de cette consultation, après avoir rappelé l'espèce de délire qui survient souvent au moment du sommeil et du réveil, déclarent que le meurtre a dû être commis dans un état intermédiaire à la veille et au sommeil. Chose singulière, cette opinion, étayée de l'autorité des plus célèbres physiologistes, ne s'appuie sur aucun fait emprunté à la pathologie mentale. Hauffbauer (2) et Marc, dans les chapitres consacrés à l'examen de l'état intermédiaire à la veille et au sommeil, sous le rapport médico-légal, ne citent non plus aucun fait observé chez les aliénés. C'est le silence d'auteurs si érudits qui m'a surtout engagé à publier les observations que renferme ce mémoire. Elles devraient, en effet, être invoquées dans le cas où des hallucinations seraient alléguées comme excuse d'un meurtre commis pendant la nuit par un homme qu'on retrouverait le lendemain parfaitement sain d'esprit. On a vu les hallucinations provoquées par le passage de la veille au sommeil se continuer, dès la première fois, une partie de la nuit et cesser le matin (observations VII et XIII). Il y a donc là une cause de folie transitoire, dont il pourrait ne rester aucune trace. Il faudrait alors rechercher si le malade s'était couché, s'il avait eu un commencement d'assoupissement, ou si c'est au réveil que les hallucinations ont commencé, etc.

CONCLUSIONS :

1° Le passage de la veille au sommeil et du sommeil à la veille a une influence positive sur la production des hallu-

(1) *De la folie considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires.* Paris, 1840, t. I, p. 56 et suiv.

(2) *Médecine légale relative aux aliénés, aux sourds-muets*, avec des notes par Esquirol et Itard. Paris, 1827, in-8.

cinations chez les sujets prédisposés à la folie, dans le prodrome, au début et dans le cours de cette maladie.

2° Le simple abaissement des paupières suffit, chez quelques malades et pendant la veille, pour produire des hallucinations de la vue.

3° Les hallucinations survenant dans l'état intermédiaire à la veille et au sommeil, pour peu qu'elles persistent, deviennent le plus souvent continues, et entraînent le délire.

4° Les hallucinations qui ont lieu pendant la veille deviennent souvent plus fortes au moment du sommeil et du réveil.

5° Les hallucinations qui ont commencé dans l'état intermédiaire à la veille et au sommeil peuvent, après être devenues continues et avant de se terminer complètement, revenir à leur point de départ.

6° Des hallucinations d'un sens ayant lieu pendant la veille, des hallucinations d'un autre sens peuvent se produire au moment du sommeil.

7° Le passage de la veille au sommeil a beaucoup plus d'influence sur la production des hallucinations que le passage du sommeil à la veille.

8° Les hallucinations ne doivent pas être comparées aux rêves en général, mais seulement aux rêves avec hallucinations.

9° L'influence du passage de la veille au sommeil sur la production des hallucinations prouve que, dans certains cas au moins, c'est un phénomène purement physique, et qui appelle surtout l'emploi des moyens physiques.

10° Les hallucinations survenant dans l'état intermédiaire à la veille et au sommeil, surtout chez les sujets prédisposés à la folie, ou qui ont déjà été aliénés, sont souvent l'indice d'un délire imminent.

11° Les hallucinations qui précèdent le sommeil, durant quelquefois, et dès le premier jour, pendant plusieurs heures, sont une cause de folie transitoire, et pourraient excuser des actes commis pendant la nuit par un sujet qu'on trouverait le lendemain parfaitement sain d'esprit.

VI

INFLUENCE DE LA PUBERTÉ

SUR LA PRODUCTION

DE LA

MONOMANIE AVEC CONSCIENCE

1861

SOMMAIRE. — Début de la maladie vers l'âge de quinze ans. — Persistance depuis quarante-cinq ans. — Modifications que subit l'idée primitive. — — Aggravation de la monomanie depuis que le malade a quitté des occupations actives.

M. X..., âgé d'environ soixante ans, commença à éprouver vers sa quinzième année, une singulière aberration qui n'a jamais cessé depuis plus de quarante-cinq ans. Quand il allait au théâtre, il en revenait tourmenté du désir de connaître tout ce qui se rattachait aux actrices qu'il avait vues. Il aurait voulu savoir le lieu de leur naissance, la position de leur famille, leur âge, leurs habitudes, leur genre de vie, etc. Ce désir était si vif, si persistant, qu'il constituait dès lors une véritable idée fixe. Peu à peu, il survint un état d'angoisse et de souffrance, et le malade dut renoncer à aller au théâtre; mais bientôt l'idée fixe, au lieu de s'appliquer aux actrices seulement, survenait à l'occasion de la rencontre de toute femme que M. X... jugeait jolie.

Cependant cette monomanie restait dans des limites si

étroites, que le malade put la dissimuler. Il suivit la carrière qu'il avait embrassée et finit par se marier ; mais l'idée fixe n'a jamais cessé. Quand, malgré lui, il apercevait une femme qu'il jugeait jolie, il était souvent pendant plusieurs heures en proie à une grande anxiété. Quand j'allais à l'église, me disait-il, on aurait pu croire à beaucoup plus de recueillement que je n'en avais réellement. Je tenais les yeux constamment baissés, mais j'étais alors dominé par la crainte qu'entretenait ma monomanie.

Depuis quelques années M. X... s'est retiré des affaires, et sa maladie a fait de très grands progrès.

Quand il sort, il a besoin d'être accompagné par une personne qui n'a d'autre mission que de le rassurer sur toutes les femmes qu'on rencontre. Pour chacune d'elles, M. X... fait la même question, et demande si elle est ou non jolie. On répond uniformément et dans tous les cas que la femme qu'on vient de rencontrer n'est pas jolie, et M. X... se contente de cette réponse. Cependant toutes les précautions prises n'empêchent pas que des crises assez fréquentes n'aient lieu, et ces crises se prolongent chaque fois plusieurs heures.

M. X... en est venu a ne plus sortir que la nuit. Quand il doit voyager en chemin de fer, il choisit les trains de nuit, pour être moins exposé à rencontrer des femmes.

La maladie est donc beaucoup plus forte qu'elle n'était au début. M. X... a des crises, non plus comme autrefois, parce qu'il ne peut avoir des détails sur la vie et les habitudes de telle ou telle femme, mais ces crises viennent quand il ne peut pas savoir si telle femme qu'il a rencontrée est ou non jolie. Le fait suivant, qui m'a été rapporté par la femme du malade, donnera mieux que tout ce que je pourrais dire l'idée de cette singulière névrose.

M. X... avait fait quinze lieues en chemins de fer. Avant

de partir, il avait à peine entrevu la dame qui donnait les billets; mais il n'avait pas fait sa question habituelle. Une fois arrivé, il se rappelle qu'il a en effet oublié de faire cette question, et il demande à la personne qui l'accompagnait si la dame du bureau de départ était ou non jolie. C'était au milieu de la nuit; la personne chargée de répondre était très fatiguée, et elle oublia son rôle habituel. Au lieu de dire que la dame qui avait donné les billets n'était pas jolie, elle répondit qu'elle ne l'avait pas regardée et qu'elle n'en savait rien. Alors commença une crise si forte, qu'il fallut consentir à faire partir une personne pour que celle-ci pût au retour affirmer que la dame qui distribuait les billets à la gare n'était pas jolie.

Cependant M. X..., en proie à une aberration si étrange, conserve sa raison sur tous les autres points. Il a toujours très bien géré ses affaires. Cette monomanie a suffi pour rendre sa vie très malheureuse, et depuis longtemps déjà elle est pour sa famille un profond sujet de tourment et d'affliction.

Cette observation, bien que très incomplète, m'a paru curieuse par la singularité du délire.

On retrouve chez M. X... un trait qui se représente dans d'autres cas analogues. C'est le besoin d'une affirmation étrangère et la facilité avec laquelle les malades s'en contentent.

Une dame craint à chaque instant d'avoir dit ou fait quelque chose de répréhensible; une personne dans laquelle elle a une grande confiance lui affirme qu'elle n'a rien dit ou rien fait qui puisse l'inquiéter, et aussitôt elle reprend son calme.

Mademoiselle X..., âgée de vingt-trois ans, demande à une jeune sœur de treize ans de lui écrire telle ou telle affirmation pour calmer une inquiétude chimérique. Si la

jeune sœur refuse, elle la prie, la supplie, et ne se calme que quand elle a cédé.

M. X..., comme on l'a vu, bien que jouissant de toute sa raison, se contentait de cette réponse banale et uniforme que la femme qu'on rencontrait n'était pas jolie.

M. Trélat et moi avons été consultés tout récemment pour une jeune dame qui, de quatorze à dix-huit ans, a été en proie à une monomanie de ce genre. Elle croyait à chaque instant avoir eu une mauvaise pensée, et elle s'imposait l'obligation de la rétracter. Or, quand cette prétendue mauvaise pensée survenait dans une conversation avec sa mère, il fallait que celle-ci répétât plusieurs fois *oui, oui, oui*. Si la mère de Mlle X... refusait, il survenait une grande anxiété, qui pouvait aller jusqu'à une véritable crise. Quelquefois la malade passait des heures entières à faire des *rétractations*. Cette maladie a guéri après le mariage.

J'ai vu une vingtaine de cas de ce genre, et j'ai été frappé de ce fait, que presque toujours la maladie avait débuté vers l'âge de puberté. Ces monomanies, beaucoup plus communes chez les jeunes filles, commencent souvent de la manière la plus insidieuse, par des scrupules de diverse nature, par des craintes puériles et exagérées, auxquelles les parents attachent peu d'importance, jusqu'à ce que la maladie ait acquis son complet développement.

Un autre fait remarquable, dans cette névrose, c'est que par ses progrès elle réduit parfois les malades à une sorte d'immobilité. De conséquence en conséquence, les malades en viennent à ne plus pouvoir ni faire un pas ni toucher un objet, sans que leur crainte maladive ne soit éveillée. Mme X..., pour laquelle j'ai été consulté, a une glande au sein. Un chirurgien, tout en la rassurant, lui recommande de prendre garde de se heurter contre un meuble.

une clef, etc. Cette crainte s'empare de la malade à ce point qu'elle n'ose plus se laisser approcher par ses enfants, qu'elle n'ose plus descendre dans la rue, ni monter en voiture, ni franchir une porte, etc.

J'ai longtemps connu une malade dont Esquirol a rapporté l'observation très détaillée, et qui, dans les paroxysmes, « n'osait toucher à rien, pas même à ses aliments; sa femme de chambre est obligée de porter ses aliments à sa bouche. »

Cette malade, très raisonnable sur tout autre point, craignait de retenir *quelque chose de valeur*. Elle prend les plus grandes précautions « pour que ses vêtements ne touchent ni aux portes, ni aux murs, ni aux meubles. Elle se garde bien d'ouvrir les portes, les croisées, les armoires. »

Cette maladie avait débuté à dix-huit ans, mais je ferai remarquer qu'Esquirol a noté que, « dès *sa première jeunesse*, Mlle X... craignait de faire tort aux autres. Plus tard, lorsqu'elle comptait, elle appréhendait de se tromper au préjudice des étrangers. »

Dans quelques cas les prodromes de cette maladie éclatent avant l'époque de la puberté; mais, en général, c'est de douze à seize ans qu'apparaissent les premiers symptômes.

Chez la malade que j'ai vue avec M. Trélat, il y avait en même temps quelques signes d'hystérie.

Les conceptions délirantes sont d'ailleurs des plus variées. Une malade a la peur des épingles, et elle n'ose rien toucher de crainte d'en rencontrer. Une jeune fille a des scrupules parce qu'elle a passé une partie de ses premières années avec le fils d'un ami de la famille. Elle a peur de tout ce que cet enfant a pu toucher ou même voir. Un malade, depuis l'âge de douze à treize ans, a la crainte de dire des injures ou de s'accuser de crimes qu'il n'a pas com-

mis, ou d'accuser ses parents ou ses amis. Cette crainte le domine à ce point qu'elle empoisonne sa vie et qu'il a déjà fait deux tentatives de suicide. Une jeune fille a peur du verre; elle secoue ses vêtements, se frotte les mains pour se débarrasser des prétendus petits fragments qu'elle craint d'avoir ramassés. Une autre jeune fille a peur des hosties, etc.

On remarquera que le phénomène principal de ces monomanies consiste, dans tous les cas, en une crainte nettement spécifiée, crainte que mille occasions réveillent.

Beaucoup de ces malades continuent à vivre dans le monde, mais presque tous éprouvent, à certains intervalles, des paroxysmes plus ou moins marqués.

On pourra, quant à l'influence de la puberté sur la production de la monomanie, lire plus loin (page 247) un curieux exemple de monomanie homicide chez un homme de 43 ans. L'idée de tuer ma mère, dit le malade, me « prit *à l'âge de seize ans, lorsque je commençai à être homme*. C'était en 1812, je m'en rappelle bien. »

VII

DU DÉLIRE AIGU VÉSANIQUE

ET

DU DÉLIRE AIGU PARALYTIQUE

1865

Sous le nom de *délire aigu*, on a décrit des faits d'une nature très différente. Ils doivent surtout être distingués en deux classes, ceux qui appartiennent à la manie simple et ceux qui se rapportent à la manie congestive.

Je parlerai d'abord des premiers.

Il arrive assez souvent que chez des malades qui offrent, depuis quelques jours, une ou deux semaines, les signes d'un accès de manie simple, on voit tout à coup survenir des symptômes plus aigus.

L'insomnie devient complète pendant cinq ou six jours.

L'agitation est extrême et les cris incessants; bientôt il est impossible de fixer l'attention du malade qui prononce des mots sans suite, restant tout à fait étranger à ce qui se passe autour de lui.

En même temps les yeux sont brillants, la langue, les

dents et les lèvres sèches, refus des aliments et souvent des boissons; constipation opiniâtre.

La peau devient chaude et le pouls acquiert en quelques jours une fréquence extrême (120 à 130 pulsations).

A travers les parois du ventre qui sont contractées et comme collées sur la colonne vertébrale on sent des battements aortiques très forts.

Le plus souvent, sans que l'auscultation fasse rien découvrir dans la poitrine, le malade expectore des crachats épais, grisâtres, non aérés.

Quand ces symptômes se sont prolongés une semaine ou plus, le malade tombe tout à coup dans une prostration extrême, il cesse de crier, marmotte des mots sans suite ou reste dans le mutisme. Les traits sont profondément altérés, le pouls extrêmement petit, filiforme, impossible à compter. Soubresauts des tendons, teinte légèrement cyanosée de la peau. Le malade succombe, après avoir offert assez souvent un retour momentané à la raison.

Dans un certain nombre de cas, il est impossible de sentir le pouls, vingt-quatre, trente-six et même quelquefois quarante-huit heures avant la mort.

A l'autopsie, on trouve une hypérémie plus ou moins considérable des membranes et de la substance même du cerveau.

Les symptômes que je viens d'indiquer peuvent se présenter au début de la manie sans que la terminaison soit funeste. On voit alors ces symptômes rétrograder et la manie reprendre son cours sous une forme moins aiguë. Ce sont les cas de ce genre que Stoll paraît avoir eus en vue en parlant de la frénésie qui survient chez les femmes en couches quand il a dit « qu'elle dégénère souvent en folie qu'on guérit fréquemment ».

Dans les cas, au contraire, où les symptômes persistent

ou s'aggravent, la mort est presque certaine. On est quelquefois surpris par sa rapidité, la période de prostration ne se prolongeant alors qu'une journée à peine.

Le délire aigu peut débuter d'emblée, après les prodromes d'un accès de manie, ou bien il arrive dans la première ou la seconde semaine, lorque celle-ci a déjà éclaté.

Ce qui peut le faire redouter, c'est une insomnie opiniâtre et une agitation continue et sans rémission. Lorsque ces symptômes se présentent chez des femmes au début de la manie et à l'époque des règles, la transformation en délire aigu est particulièrement à craindre. J'ai depuis longtemps insisté sur ce fait que j'ai eu occasion d'observer un assez grand nombre de fois, depuis vingt ans, à la Salpêtrière. Habituellement, dans les cas de ce genre, les règles ne font que paraître pendant quelques heures; cependant, la menstruation a pu se prolonger deux ou trois jours, sans que la marche des accidents ait été arrêtée.

Beaucoup de médecins, à l'exemple de M. Griesinger, n'ont pas fait du délire aigu une maladie à part. Cette opinion me paraît être celle qui doit être adoptée. Il est certain que si l'on oppose le délire aigu à la simple excitation maniaque, ce sont là deux états tout à fait différents. Mais ces états sont reliés entre eux par une foule de cas intermédiaires, et l'on voit ainsi graduellement les différences disparaître. M. Lélut, qui a considéré le délire aigu et la manie aiguë comme deux maladies distinctes, ajoute cependant : « Je n'ai pas besoin de dire quels rapports de succession, de mélange et souvent d'identité, il existe entre la manie aiguë et le délire aigu, et combien il serait peu convenable d'attacher trop d'importance à leurs caractères différentiels. C'est comme cela aussi pour presque toutes les formes de la folie. »

M. Brierre de Boismont lui-même qui, plus que personne,

a cherché à faire du délire aigu une maladie spéciale, convient aussi « que si l'on étudie l'étiologie, les terminaisons, quelques-uns des symptômes, on est forcé de reconnaître que le délire aigu se rapproche de la folie dans certaines variétés à marche aiguë. »

Un des arguments principaux qu'on peut invoquer pour ne pas séparer d'une manière complète le délire aigu et la manie aiguë, c'est que non seulement l'étiologie et spécialement l'influence de l'hérédité sont les mêmes, mais encore les prodromes sont exactement semblables. La femme d'un ouvrier est prise d'un accès de manie, elle entre à la Salpêtrière et guérit après trois mois. Pendant près de six mois, cet accès avait été annoncé par un changement bien marqué dans le caractère, de la bizarrerie et surtout par l'espèce d'aversion que cette femme témoignait pour l'aîné de ses enfants. Dix-huit mois après, les mêmes prodromes se présentent, même changement dans le caractère, même aversion pour l'aîné de ses enfants. Je prédis l'invasion d'un second accès de manie semblable au premier, mais c'est le délire aigu qui éclate et la malade succombe le huitième jour.

J'ai plusieurs fois appris que des aliénés guéris, auxquels j'avais précédemment donné des soins, avaient succombé en quelques jours dans leurs familles à des fièvres cérébrales, et il est probable que tous ces faits doivent être assimilés à celui qui vient d'être cité.

Au point de vue des lésions anatomiques, il n'y a d'ailleurs aucune différence essentielle entre la manie aiguë et le délire aigu, et, dans ses *Recherches d'anatomie pathologique*, on peut voir que M. Parchappe n'a établi qu'un seul ordre de faits sous le nom de *manie aiguë*.

Quant au délire aigu congestif, on l'observe au début de la période maniaque de la paralysie générale; il est donc

précédé des prodromes et des premiers symptômes de cette affection. Il est caractérisé par une agitation musculaire très grande et qui devient comme convulsive, le tremblement des lèvres, des paroles tronquées, un délire général dans lequel prédominent encore des idées de grandeur, etc. En outre, on constate des signes de congestion; l'injection des conjonctives, la rougeur de la face, etc. La peau est chaude, le pouls fort et fréquent. A mesure que la maladie s'aggrave, on observe des soubresauts de tendons. des grincements de dents et bientôt arrive la période de prostration et la mort. A l'autopsie, on découvre des signes d'une congestion beaucoup plus forte que dans le délire aigu simple. Le cerveau est volumineux, turgescent, gorgé de sang et d'un poids plus considérable que dans l'état normal. Assez souvent on trouve, sur des points limités, les membranes adhérentes à la couche corticale.

C'est à cette variété de délire aigu que semble se rapporter cet autre passage de Stoll : « La frénésie vraie est une maladie très aiguë, elle tue au troisième, au quatrième et au septième jour; elle passe rarement ce dernier.

» Les malades périssent ou dans les convulsions, ou apoplectiques, par la violence de l'inflammation, une lymphe coagulable transsudant entre les méninges, une sérosité abondante s'amassant dans les ventricules, comprimant les parties environnantes.

» Ou elle dégénère en folie incurable, par l'endurcissement, l'épaississement, l'adhérence des méninges. »

VIII

NOTE

SUR

L'OSSIFICATION PRÉMATURÉE

DES OS DU CRANE

CHEZ LES IDIOTS MICROCÉPHALES (1)

1856

On sait que l'ossification des os du crâne est plus ou moins retardée chez les enfants hydrocéphales quand la tête, ce qui arrive le plus souvent, prend un développement exagéré. Les fontanelles persistent plus longtemps, les sutures restent écartées, les os sont minces, transparents, et quelquefois flexibles comme des cartilages. Dans quelques cas rares, l'ossification semble s'arrêter presque complètement, et Gall a figuré dans son grand ouvrage un crâne qui, dit-il, avait conservé la flexibilité du parchemin. Ce crâne était celui d'un enfant de quatre mois atteint d'hydrocéphalie chronique.

Le retard de l'ostéose du crâne n'est pas propre à l'hydrocéphalie ; il s'observe en général toutes les fois que la tête acquiert des dimensions plus grandes que dans l'état normal. C'est ainsi qu'il a lieu dans l'hypertrophie du

(1) Cette note a été lue à l'Académie de médecine dans la séance du 29 juillet 1856.

cerveau. qu'on confond quelquefois avec l'hydrocéphalie chronique.

J'ai recueilli l'observation d'un enfant de quatre ans dont le cerveau et le cervelet réunis pesaient ensemble 1,305 grammes. Les os étaient minces, transparents, et dans certains points ils cédaient sous la pression du doigt. Dans beaucoup de cas, on constate la persistance des fontanelles, et j'ai trouvé la fontanelle fronto-pariétale chez un jeune homme de vingt-sept ans, d'une petite taille, mais ayant une tête très volumineuse. Ce jeune homme n'avait jamais eu que trois dents, et son père offrait la même particularité.

Mais si l'ostéose est retardée lorsque le cerveau s'accroît dans une progression trop rapide, le contraire a-t-il lieu quand le développement est plus lent et moindre que dans l'état normal; en d'autres termes l'ossification prématurée est-elle une condition de la microcéphalie? Voici sur quels faits je crois pouvoir m'appuyer pour résoudre cette question.

En 1852, j'ai eu occasion d'observer au village de Saint-Léonard, dans le Valais, deux idiots microcéphales, dont la mère m'apprit une particularité curieuse.

Cette femme avait eu cinq enfants; les deux premiers bien conformés, les trois autres, au contraire, atteints de microcéphalie. Or, elle affirmait que les trois microcéphales étaient nés avec le crâne complètement dur, et qu'ils n'offraient pas, comme les deux premiers, l'espace mou qu'on observe sur la tête de tous les enfants nouveau-nés.

J'attachai à ce fait, d'une constatation si facile, d'autant plus d'importance, que je n'avais adressé à cet égard aucune question, mon attention n'ayant jamais été appelée sur ce point.

Depuis lors, j'ai vu, avec notre collègue M. Joly, un

autre idiot microcéphale âgé de deux ans, dont la mère, qui avait eu quatre autres enfants bien conformés et qu'elle avait nourris, prétendait aussi que l'idiot seul était *né* avec le crâne complètement dur. Cependant, l'affirmation de ces deux femmes ne pourrait être acceptée comme une preuve suffisante. Je me bornai donc, dans mes leçons sur l'idiotie, à signaler l'ossification prématurée du crâne chez les idiots microcéphales, comme un point qui méritait d'être étudié.

C'est dans ce sens que M. Gratiolet a parlé, dans son ouvrage sur les circonvolutions du cerveau, du fait observé par moi dans le Valais. Depuis lors, je n'avais trouvé aucune occasion de vérifier directement l'exactitude de ce fait, lorsque j'ai appris, ces jours derniers, que l'autopsie d'un idiot microcéphale avait eu lieu dans le service de M. Giraldès, et que le crâne avait été conservé. Ce crâne, que je me suis empressé d'examiner, et que M. Giraldès a bien voulu me remettre pour le présenter à l'Académie, tend à confirmer la remarque de la paysanne de Saint-Léonard.

Le crâne est celui d'un enfant de quatre ans, qui était complètement idiot; les dimensions en sont très petites, et la grande circonférence est à peine de 35 centimètres.

Examiné au point de vue de l'ossification, il offre cela de très remarquable, que la suture lambdoïde est déjà complètement soudée en dedans, et remplacée même dans une partie de son étendue par une crête saillante. Vers le quart postérieur, une barre osseuse transversale très épaisse réunit encore les deux os en un seul. En dehors, la suture est visible, excepté dans le point occupé par la saillie dont je viens de parler. La suture frontale est soudée dans ses parties extrêmes et inférieures, et on perd complètement sa trace en dedans. Elle n'est plus du tout

visible au point de section de l'os temporal, et les pariétaux ne semblent, dans ce point, former qu'un seul os. Quant à la suture médio-frontale, qui disparaît la première, mais à un âge plus avancé, elle semble déjà effacée depuis longtemps. On n'a plus aucune trace ni en dedans ni en dehors; elle est remplacée par une crête éburnée assez saillante à la partie inférieure. La suture lamboïde est la seule qui persiste intacte; mais elle est, comme la suture frontale, presque linéaire, sans apparences d'os wormiens, et il est probable que sa soudure n'aurait pas non plus ici tardé à avoir lieu.

On sait que les sutures ne commencent à se nouer entre elles que dans l'âge adulte, et que les dernières traces ne disparaissent que chez les vieillards. La soudure complète des deux pariétaux, dans le crâne d'un enfant de quatre ans, est donc un exemple très curieux d'ossification prématurée, et tendrait à confirmer la remarque faite par la mère des idiots microcéphales que j'ai observés dans le Valais.

J'ajouterai que M. Vrolik (d'Amsterdam) a vu un fait semblable d'ossification prématurée chez un idiot microcéphale âgé de sept ans, et dans le crâne duquel les sutures étaient déjà soudées entre elles.

Enfin M. le professeur Cruveilhier a observé deux cas, dont l'un est des plus remarquables.

Il s'agit, en effet, d'un enfant de dix-huit mois dont tous les os du crâne, surtout ceux de la voûte, étaient déjà *soudés et sans sutures.*

L'occiput offrait, au niveau de sa protubérance externe et de sa ligne demi-circulaire supérieure, une crête transversale très proéminente, analogue à la crête occipitale des animaux. Le diamètre vertical du crâne n'était que d'un pouce. Cet enfant n'avait donné aucun signe d'intelligence.

Je dois faire remarquer que l'ossification prématurée doit surtout se rencontrer dans la microcéphalie congéniale accompagnée d'autres anomalies, et alors que le développement intellectuel reste presque complètement nul. C'était le cas des idiots observés dans le Valais et de celui dont M. Giraldès vient de recueillir l'observation. Ce dernier, en effet, avait en outre un arrêt de développement des organes génitaux restés rudimentaires.

On comprend que l'ossification prématurée pourrait ne pas se rencontrer au même degré chez des microcéphales dont la tête, quoique très petite, est bien conformée, et dont l'intelligence acquiert un certain développement.

C'est à cette classe qu'appartient la jeune fille que j'ai présentée à l'Académie le 22 juillet.

Quoi qu'il en soit, même dans le cas d'idiotie complète, l'ossification prématurée ne paraît pas être constante. Dans l'un des faits recueillis par Gall d'une microcéphale de sept ans, le crâne que j'ai examiné n'offre aucun signe d'ossification prématurée. Je dois, à cet égard, rappeler qu'il y a pour l'ossification en général des variétés extrêmes, et que tout ce qu'on peut espérer c'est de constater les faits. Dans le plus grand nombre des cas, l'ossification prématurée des os du crâne chez les idiots microcéphales, si elle était plus tard confirmée par des observations plus nombreuses, offrirait d'ailleurs une certaine importance par suite des considérations suivantes :

Le cerveau de l'homme ne diffère pas seulement de celui des animaux par son volume proportionnellement beaucoup plus grand, il s'en distingue plus encore peut-être par l'accroissement qu'il prend après sa naissance.

D'après Mekel, le cerveau de l'enfant nouveau-né pèse à peine 300 grammes, et, cinq mois après, son poids est de plus de 600 grammes; il a par conséquent plus que doublé.

C'est là assurément un accroissement très rapide; or rien de semblable n'a lieu chez les animaux; leur cerveau s'accroît dans une progression beaucoup moindre et beaucoup plus lente. A ces conditions différentes d'accroissement répondent des différences aussi remarquables dans l'ossification; l'homme seul naît avec des fontanelles très larges et qui persistent pendant plusieurs années; les crânes des animaux n'offrent rien de semblable. Chez les singes, qui se rapprochent le plus de l'homme pour l'organisation cérébrale, les fontanelles sont très petites et peu persistantes; l'ossification des os du crâne a lieu très rapidement.

La largeur et la persistance exceptionnelle des fontanelles dans le crâne humain ont donc évidemment pour but d'aider à un accroissement ultérieur considérable et qui n'a lieu que dans l'homme.

Les idiots microcéphales se trouvent sous ce rapport dans le même cas que les animaux, et l'ossification prématurée de leur crâne ne ferait que confirmer la loi générale.

Un fait qu'on peut encore invoquer à l'appui de ces considérations, c'est l'absence des fontanelles à la naissance chez les monstres notencéphales; on peut voir sur le crâne que je présente à l'Académie que la fontanelle antérieure manque complètement.

Enfin, le fait de l'ossification prématurée du crâne chez les idiots microcéphales viendrait encore rattacher à des observations d'une très grande importance faites par M. Gratiolet sur l'ossification des sutures dans les différentes races.

Ce savant anthropologiste a remarqué que les sutures dans la race blanche se soudent plus tard que dans la race nègre; que dans la race blanche ce sont les sutures fron-

tales qui s'ossifient les dernières, et que le contraire a lieu dans la race nègre : d'où M. Gratiolet conclut que la persistance de la suture frontale se lie en un plus grand développement de l'intelligence.

Je crois devoir rappeler à l'appui des opinions de M. Gratiolet la particularité suivante de l'autopsie de Pascal, autopsie dont les détails nous ont été transmis par un de ses biographes.

« Pascal avait eu autrefois, dit l'auteur, la suture qu'on appelle *frontale*; mais, comme elle était demeurée ouverte fort longtemps pendant son enfance, ainsi qu'il arrive souvent à cet âge, et qu'elle n'avait pu se *refermer*, il s'était formé un calus qui l'avait entièrement couverte, et qui était si considérable qu'on le sentait aisément au doigt... Les médecins observèrent, ajoute-t-il, qu'il y avait une prodigieuse quantité de cervelle dont la subtance était fort solide et fort condensée. C'était la raison pour laquelle, la suture frontale n'ayant pu se *refermer*, la nature y avait pourvu par un calus. »

En résumé, on voit que le fait de l'ossification prématurée du crâne dans les idiots microcéphales mérite d'être étudié, et que la remarque faite par la paysanne de Saint-Léonard n'est peut-être pas dépourvue d'intérêt.

IX

INFLUENCE DE LA MENSTRUATION

SUR LA

TRANSFORMATION DE LA MANIE

EN DÉLIRE AIGU

1861

Manie avec délire des grandeurs.

Acéphalocyste du cerveau. — Transformation de la manie en délire aigu à l'époque des règles.

SOMMAIRE. — Pendant un an, céphalalgie très forte. — Strabisme. — Changement de caractère. — Tout à coup manie avec délire ambitieux. — Après neuf jours, délire aigu à l'époque des règles. — Agitation convulsive. — Dépérissement rapide. — Mort le vingt-huitième jour. — Acéphalocyste volumineuse dans le lobe postérieur droit. — Injection très vive des membranes et de la substance cérébrale. — Point d'adhérences des membranes du cerveau.

La nommée R..., âgée de trente-huit ans, cuisinière, a été amenée à la Salpêtrière le 12 novembre 1857. J'apprends de sa belle-sœur qu'il n'y a pas d'aliénés dans la famille, mais qu'un des frères est mort jeune, et qu'il avait une tendance très forte aux congestions cérébrales.

La malade a toujours été bizarre et d'un caractère difficile. Depuis un an elle se plaignait de très grands maux de tête ; elle avait en outre une affection nerveuse sur laquelle

la belle-sœur ne peut donner de détails précis. En même temps il s'est produit du strabisme. Enfin, depuis six mois on avait remarqué un changement très tranché dans le caractère de la malade. On ajoute qu'elle a pris des préparations mercurielles pour guérir une affection syphilitique.

C'est deux ou trois jours avant l'entrée que le délire a éclaté tout à coup. Il a revêtu, dès le début et de la manière la plus tranchée, les caractères du délire ambitieux symptomatique de la paralysie générale. La malade est très agitée, répète continuellement qu'elle est la reine des cieux. Elle a des couronnes de diamants, des millions ; elle rêve le bonheur universel. Bientôt personne ne mourra plus. On ne doit plus manger que des dindes truffées arrosées des vins les plus exquis, etc. Elle vante sa beauté, son esprit, ses talents. Elle annonce qu'elle va sortir à cheval avec un magnifique costume d'amazone. Elle est d'ailleurs très agitée, parle, chante continuellement, se déshabille.

Avec quelque soin qu'on examine la malade, il est impossible de constater aucun embarras dans la parole ; la pupille droite est beaucoup plus dilatée que la gauche. L'appétit est bon ; il y a chaque nuit quelques heures de sommeil.

17 et 18 décembre. — Insomnie complète.

19 décembre. — Les règles apparaissent et coulent jusqu'au 21.

Jusque-là la malade avait continué à bien manger, et nous n'avions vu chez elle que les symptômes d'une manie aiguë.

A partir du 21, l'agitation devient excessive. R... ne paraît plus faire aucune attention à ce qui se passe autour d'elle. Par moments, expression de fureur. Dès le 23, les lèvres et la langue se sèchent ; expectoration de crachats épais et grisâtres. Le pouls est à 110 battements aortiques.

Soif vive. La figure s'altère. Loquacité continuelle, incohérente. Au milieu du délire de la malade, on constate qu'il y a toujours prédominance des idées de grandeurs. Point d'embarras de la prononciation.

Le 27 décembre, l'agitation a pris un caractère spécial et comme semi-convulsif. La malade remue continuellement la tête, les bras et le bassin : elle parle moins, commence à s'affaisser. Les lèvres et la langue sont toujours sèches ; le pouls est très fréquent.

30 novembre. — Diarrhée ; prostration ; les mouvements de la tête et des bras ont cessé. La figure est de plus en plus altérée.

Le 1er décembre, l'agitation convulsive de la tête et des bras a recommencé ; la diarrhée, au contraire, a cessé. La langue est plus humide, le pouls un peu moins fréquent ; insomnie presque complète. La malade a succombé le 6 décembre.

Jusqu'au 4, l'agitation semi-convulsive avait continué. La malade, quoique parlant beaucoup moins, avait toujours eu de l'incohérence dans les idées. L'embarras de la prononciation n'a pas été noté, même dans ces derniers jours. Les dents étaient fuligineuses, le pouls très fréquent et petit ; la diarrhée n'avait pas reparu.

Le traitement avait consisté en bains simples, applications de glace sur la tête, vésicatoires aux cuisses ; laxatifs. Lait étendu pour boisson, additionné d'eau de laurier-cerise (10 à 25 gram.).

Autopsie.

Les deux hémisphères pèsent 1,050 grammes.

L'hémisphère gauche est plus lourd de 10 à 12 grammes.

Le cervelet pèse 158 grammes.

Il s'est écoulé 95 grammes de sang et de sérosité.

Le crâne enlevé, la dure-mère apparaît tendue et bleuâtre, surtout en arrière.

Le feuillet viscéral de l'arachnoïde est épaisi et opaque, surtout sur le trajet des gros vaisseaux. La pie-mère est très injectée, infiltrée ; il y a en outre aux parties externes et inférieures, autour des scissures de Sylvius, des suffusions sanguines. Toutes ces altérations sont bien plus prononcées à gauche qu'à droite. A la base, on trouve un peu d'injection, mais point d'épaississement ni d'opacité. L'enlèvement des membranes se fait facilement, et il n'y a nulle part d'adhérences avec la couche corticale.

Le cerveau lavé après l'enlèvement des membranes, on constate que les circonvolutions ont leur volume et leur coloration normales; on trouve seulement à gauche, au bord de la scissure de Sylvius, au point où existait la suffusion sanguine, une circonvolution qui a une teinte rosée et qui est un peu ramollie à sa surface. En grattant la couche corticale dans divers points des circonvolutions, on constate qu'elle est plus molle que dans l'état normal, et que la couche sous-jacente à la couche externe est très colorée : cette coloration est plus générale dans l'hémisphère droit. La substance blanche est partout très piquetée, et offre, surtout en arrière, une grande quantité de sang.

Au milieu du lobe postérieur, dans l'hémisphère droit, on trouve enchâssée dans la substance blanche une vésicule d'un pouce de long et de quatre lignes de large environ à sa partie moyenne. Cette vésicule est formée par une membrane lisse, transparente dans quelques points, surtout à son extrémité postérieure qui était libre, et qui s'est séparée nettement de la substance cérébrale, en y laissant une cavité de même forme. Dans tout le reste de son étendue, la vésicule est adhérente à la substance cérébrale, dont on a pu cependant l'énucléer. Une couche très mince

de substance blanche reste adhérente à cette partie antérieure et la rend opaque, excepté dans deux points où elle a conservé sa transparence. On peut insuffler cette vésicule, qui se distend et reprend sa forme. Elle contenait de la sérosité, qui s'est écoulée au moment où la vésicule a été ouverte à sa partie antérieure, sans avoir d'abord été aperçue.

L'hémisphère gauche examiné avec soin, on n'y trouve aucune altération locale, mais seulement la coloration de la substance grise et l'injection de la substance blanche.

La substance grise du cervelet a un reflet légèrement rose.

La substance blanche est injectée.

La moelle n'a pas été examinée.

Les autres viscères étaient sains. Il y a seulement un peu d'emphysème dans les poumons.

Cette observation, bien qu'elle soit incomplète, me paraît cependant offrir quelques particularités intéressantes

Il y a eu, dans la maladie de la femme R..., deux périodes qu'il importe de bien distinguer : l'une qui s'étend du 9 au 21 novembre, l'autre depuis ce jour jusqu'à la mort.

Dans les onze premiers jours, la malade a été simplement maniaque. Cette manie, il est vrai, n'était pas une manie simple, et le pronostic était fâcheux, la paralysie générale étant très à redouter; cependant cette maladie pouvait se prolonger un an et plus, il y avait même un certain nombre de chances pour qu'elle se terminât heureusement. La mort a eu lieu moins d'un mois après l'invasion.

Cette issue a pu être prévue dès le 21 novembre, lorsque, les règles s'arrêtant après trois jours, on voit l'insomnie devenir complète, le délire plus aigu, l'agitation prendre le caractère semi-convulsif, la langue se sécher, etc.; la manie se transformait en délire aigu.

Cette transformation avait lieu à l'époque et je le crois sous l'influence de la menstruation.

Il m'est arrivé assez souvent de voir dans la manie ou la mélancolie simple, dans la manie ou la mélancolie congestive, de voir, dis-je, cette transformation se produire à l'époque de la première menstruation qui suit le début.

C'est donc un moment difficile à traverser, surtout dans les manies aiguës.

J'ai dans ce moment, dans mon service, une femme dont je publierai plus tard l'observation, et qui est aussi atteinte d'une manie ambitieuse sans signes de paralysie. Après huit jours, les symptômes de la manie, jusque-là modérés, ont offert tout à coup une acuité extrême, l'insomnie a été complète, la langue a commencé à se sécher; la physionomie, jusque-là gaie et épanouie, a pris par moments une expression de fureur; crachats gris, épais et battements aortiques. Le troisième jour, les règles ont paru pendant quelques heures seulement, mais ce commencement de délire aigu a cédé, et la manie est aujourd'hui rentrée dans les conditions du début.

Les conséquences pratiques qui découlent de cette transformation assez fréquente, de la manie ou de la mélancolie en délire aigu, à l'époque de la première menstruation qui suit le début, n'ont pas besoin d'être indiquées.

J'ajoute ici l'observation dont il est parlé dans cette note.

Accès de manie. Symptômes graves de délire aigu à l'époque des règles. Guérison.

SOMMAIRE : Excès de travail. — Mauvaise alimentation. — Affection charbonneuse guérie après un mois. — Délire des grandeurs. — Conceptions délirantes hypochondriaques spéciales. — Insensibilité de la peau; nulle trace d'embarras de parole. — Symptômes de délire aigu à l'époque des règles. — Inégalité des pupilles; retour à l'état maniaque simple; guérison après trois mois.

Mlle W..., âgée de trente-trois ans, est entrée à la Salpêtrière le 14 novembre 1860.

Le certificat de police signé de M. Lasègue constate que cette malade est atteinte de manie aiguë; qu'elle venait d'être guérie à l'Hôtel-Dieu d'une *affection charbonneuse* et n'avait quitté l'hôpital que depuis huit jours.

Voici les renseignements donnés par une amie qui demeurait à côté d'elle et qui la voyait tous les jours.

W... travaillait à fabriquer des cartons de chapeaux. Elle se levait dès la pointe du jour et veillait jusqu'à onze heures. A peine si elle parvenait à gagner trente sols par jour. Aussi se nourrissait-elle très mal.

Un bouton noir lui vint à l'une des mains, qui, après quelques jours, fut très tuméfiée, puis la tuméfaction gagna l'avant-bras et bientôt s'étendit jusqu'à l'épaule. C'est alors qu'elle fut admise à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Jobert de Lamballe, qui reconnut une affection charbonneuse et fit, dit-on, voir la malade à plusieurs de ses collègues.

Un mois après, W... sortait guérie, mais, dès le jour de sa rentrée chez elle, on s'aperçut qu'elle avait la tête dérangée. Elle embrasse toutes les personnes de la maison —est très gaie, très excitée — après quelques jours, agitation très vive, actes de violence.

15 *novembre*. Dès l'entrée à la Salpêtrière, on constate le délire des grandeurs le mieux caractérisé.

La malade a la figure épanouie, elle est, dit-elle, heureuse comme le poisson dans l'eau, comme les oiseaux dans l'air.

Elle va se marier, et l'empereur sera son premier invité. *Elle aura un enfant qui aura deux ans en naissant.* Elle aura des diamants de 2000, de 20,000 francs chacun. *Désormais on ne vieillira plus, tout le monde aura toujours vingt ans. L'univers entier lui appartient*, etc. *Elle ne marche pas, c'est Dieu qui la porte. Il lui enverra vingt lions pour la traîner.*

Aucune trace d'embarras dans la parole, pupilles égales, mais au milieu de l'excitation, on constate un peu de *désharmonie dans les mouvements. Insensibilité de la peau qu'on peut pincer très fortement et presque entamer sans que la figure de la malade exprime aucune douleur.*

16, 17, 18 *novembre*. Excitation maniaque plus vive, insomnies, persistance du délire ambitieux. Elle a dîné chez l'empereur. *Elle avait des milliers de cœurs, mais elle n'en a plus qu'un.* Apparition de conceptions délirantes hypochondriaques. *Elle n'a plus ni sang ni veines, et n'est formée que d'ossements.*

20 *novembre*. L'état de la malade s'est aggravé. Insomnie complète, loquacité incessante, mots incohérents. La malade ne répond plus aux questions. Langue sèche, pouls à 90°, battements aortiques très forts, expectoration de crachats épais. (On coupe les cheveux de la malade, application de glace sur la tête. Pour boisson, lait avec 10 gr. de laurier-cerise. Potion avec 1 gr. d'ipéca et 5 centigr. d'opium.)

21 *novembre*. Les symptômes de délire aigu ont persisté, mais il y a un peu d'amélioration ce matin. On peut fixer

l'attention de la malade, parole brève, accès d'emportement et de fureur. Le pouls est intermittent et très irrégulier. Ventre rétracté, persistance de battements aortiques très forts. Crachats toujours abondants. La langue est moins sèche, la malade a dormi une heure et demie, elle a bu plus d'un litre de lait. Depuis deux jours elle a pris sa potion sans avoir de nausées.

On constate sur la chemise quelques taches de sang, dénotant l'apparition des règles.

28 *novembre*. Mieux sensible. Les emportements et la fureur ont cessé. Néanmoins il y a encore eu beaucoup d'incohérence et de loquacité, l'insomnie a été complète. Le pouls est calme et plutôt lent; la malade a pris sa potion et a vomi plusieurs fois; on n'a pas pu maintenir longtemps la glace à cause de l'agitation comme convulsive de la tête.

Les jours suivants l'agitation, la loquacité, l'incohérence continuent, les idées de grandeur reparaissent de temps en temps; on n'obtient des selles qu'à l'aide de lavements salés.

28 *novembre*. On supprime l'ipécacuanha, mais on continue l'opium à la dose de 10 centigrammes, l'agitation très marquée la nuit se calme pendant le jour; le délire est un mélange d'idées de grandeur ou hypochondriaques et d'idées mystiques; elle sait parler toutes les langues; elle est à l'abri désormais de toutes les maladies; elle prétend qu'elle n'a plus de cœur, qu'elle est un être surnaturel. La malade prend chaque jour un bain assez prolongé, l'appétit est revenu, la malade dort; sa physionomie est beaucoup meilleure; persistance de quelques idées de grandeur; accès fréquents de violence; on constate que les *pupilles sont inégales*.

Peu à peu la malade se remet au travail, bien que con-

servant des symptômes d'excitation assez vive. Au commencement de janvier W... travaille et même avec ardeur; elle semble conserver des idées de grandeur qu'elle dissimule de peur qu'on ne la garde plus longtemps à l'hospice; elle a encore de temps en temps des emportements sans motif. A la fin de janvier toute trace de délire a disparu mais l'inégalité des pupilles persiste, et la malade sort le 15 février.

Les règles, comme on l'a vu chez cette femme, n'ont fait que paraître et n'ont point continué; mais il n'est pas douteux, à mon avis, que les symptômes de délire aigu doivent, dans ce cas comme dans le précédent, être rattachés à l'époque menstruelle (1).

Cette observation offre d'ailleurs une réunion très curieuse des deux délires spéciaux de la paralysie générale.

La malade avait le délire ambitieux le mieux caractérisé, délire général et incohérent et d'autre part les conceptions hypochondriaques les plus caractéristiques; *elle n'avait plus ni sang ni veines, elle n'était formée que d'ossements;* cependant nulle trace d'embarras de parole, mais, chose curieuse, on voit à la fin de la maladie apparaître l'inégalité des pupilles et ce symptôme persistait encore au moment de la sortie de la malade.

(1) Voir quelques faits semblables recueillis dans mon service et publiés par M. Regnard et par M. Judée. (Regnard, *Gazette des Hôpitaux*, 13 septembre 1861. — Judée, Thèses de Paris, janvier 1856.)

X

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR

LA MONOMANIE

1847

---

§ 1er. *Fréquence de la monomanie.*

La monomanie est sans contredit la plus curieuse de toutes les formes du délire. Chaque jour, sous l'influence d'une passion très vive ou de certains agents toxiques, nous voyons se produire un état de surexcitation intellectuelle qui nous aide à comprendre le délire maniaque : aussi se rend-on assez bien compte du désordre plus ou moins général des facultés accompagné de loquacité, d'agitation, etc.

Il n'en est pas de même de la monomanie.

Comment une idée fixe souvent absurde se maintient-elle ainsi isolée au milieu d'une intelligence saine en apparence? Voilà ce qu'on ne s'explique pas aussi bien que la perversion complète des facultés : on conçoit donc toute la peine qu'on a eue à faire admettre l'existence de véritables monomanies dans l'acception rigoureuse du mot. Aujourd'hui personne ne se refuse à reconnaître l'exis-

tence de ce genre de délire; mais on est loin d'être d'accord sur sa fréquence.

M. Foville, dans son remarquable article du *Dictionnaire de médecine pratique*, a déjà signalé la monomanie dans son état le plus simple comme *excessivement* rare. Il n'en a, dit-il, vu que deux cas. Nous savons que plusieurs médecins partagent aujourd'hui les idées de M. Foville à cet égard. Cette forme de la folie est, dit-on, beaucoup moins fréquente que ne l'a prétendu Esquirol, et on pourrait s'en assurer en étudiant avec plus de soin les malades qu'on regarde comme atteints de monomanie; on ajoute qu'on reconnaîtrait alors chez presque tous ces malades un délire beaucoup plus vaste qu'on ne l'eût soupçonné au premier abord; de sorte que le mot de polymanie conviendrait mieux dans la plupart de ces cas, que celui de monomanie, etc.

Nous croyons, en effet, qu'il y a beaucoup de malades qu'on désigne sous le nom de monomaniaques, et dont le délire n'est pas exclusivement borné à une idée fausse; mais nous croyons aussi qu'Esquirol n'a jamais prétendu le contraire. Nous examinerons plus loin s'il convient de changer la dénomination de la maladie dans les cas de ce genre.

Nous bornant ici à l'examen des monomanies les mieux limitées, à celles qui méritent rigoureusement ce nom, est-il démontré qu'elles soient *excessivement* rares et pour ainsi dire exceptionnelles?

Telle n'est pas notre opinion.

En s'élevant contre la fréquence de ces monomanies, on paraît avoir méconnu ou oublié un fait qui nous semble cependant d'une assez grande importance sous ce rapport. Il existe, à notre avis, beaucoup de monomanes pour lesquels les médecins ne sont pas consultés, ou ne le sont

qu'après un plus ou moins grand nombre d'années, à l'occasion de quelque perturbation plus générale de l'intelligence. Or, c'est en prenant la maladie sinon à son début, mais au moins avant qu'elle ait franchi certaines limites, qu'on peut surtout se convaincre qu'il y a un assez grand nombre de cas dans lesquels le délire est rigoureusement limité à une idée ou à une série d'idées toujours la même. Souvent ce délire a persisté longtemps sans être soupçonné; il n'a entraîné aucun désordre. Sans l'aveu du malade lui-même, on ne saurait rien de ses longues souffrances, de ses luttes contre une idée fixe qui a fini par le dominer. Le suicide est ainsi, dans beaucoup de cas, le dénouement d'un combat tout intérieur, et que rien n'a révélé.

Il en est de même de la monomanie homicide : elle reste quelquefois longtemps cachée, et n'est connue du médecin qu'au jour où le malade, effrayé par les progrès du délire, se décide à demander des secours contre sa propre faiblesse.

C'est ce que prouve l'observation suivante, qui nous paraît en même temps un des plus curieux exemples de monomanie homicide que la science possède.

« Je soussigné, Guillaume Calmeilles, officier de santé, habitant et domicilié au chef-lieu de canton de Cazals (Lot), certifie à qui de droit que, sur la réquisition de M. le maire de la commune de Marminiat, je me suis rendu aujourd'hui au village de Brunet, susdite commune de Marminiat, pour y constater l'état mental du nommé Glenadel, Jean, cultivateur, domicilié audit village de Brunet.

« J'ai trouvé Glenadel assis sur son lit, ayant une corde autour du cou, fixée par l'autre bout au chevet de son lit; il avait les bras liés ensemble au poignet avec une autre corde. Pour motiver mon rapport, je ne crois pouvoir mieux faire que de rapporter la conversation qui a eu lieu entre

Glenadel et moi, en présence de son frère et de sa belle-sœur. D. Etes-vous malade? R. Je me porte bien, ma santé n'est que trop bonne. D. Comment vous appelez-vous? R. Jean Glenadel? D. Quel âge avez-vous; R. Quarante-trois ans; je suis né en 96, voyez si cela ne fait pas le compte. D. Est-ce de force ou de votre consentement que vous êtes ainsi attaché? R. C'est de mon consentement, et je l'ai même demandé. D. Et pourquoi cela? R. Pour m'empêcher de commettre un crime dont j'ai horreur et que je me sens malgré moi porté à commettre. D. Et quel est donc ce crime? R. J'ai une idée qui m'obsède et dont je ne suis plus maître; il faut que je tue ma belle-sœur, et je le ferai si je n'en suis empêché. D. Depuis quand avez-vous cette idée? R. Il y a environ six ou sept ans. D. Mais avez-vous à vous plaindre de votre belle-sœur? R. Du tout, monsieur; c'est une idée malheureuse que j'ai là, et je sens qu'il faut que je la mette à exécution. D. N'avez-vous jamais eu idée de tuer aucune autre personne que votre belle-sœur? R. J'eus d'abord la pensée de tuer ma mère, et ceci me prit à l'âge *de seize à dix-sept ans lorsque je commençai à être homme, en* 1812, je m'en rappelle bien; depuis je n'ai pas eu une heure de bonheur, et j'ai été le plus malheureux des hommes (1). D. Vous surmontâtes cette malheureuse pensée? R. En 1822, je ne pouvais plus résister, j'avais alors vingt-cinq ou vingt-six ans; pour m'ôter cette malheureuse idée de la tête, je partis pour l'armée en qualité de remplaçant; je fus deux ans en Espagne avec mon régiment, puis je rentrai en France; mais mon idée fixe me suivait partout: plus d'une fois je fus tenté de déserter pour aller tuer ma mère. En 1826, on me

(1) On voit que cette observation confirme ce qui a été dit plus haut sur l'influence de la puberté sur la production de certaines monomanies.

donna un congé illimité que je n'avais point sollicité, et rentré dans la maison paternelle ma funeste idée y rentra avec moi. Je passai quatre ans avec ma mère ayant toujours un penchant irrésistible à vouloir la tuer. D. Que fîtes-vous alors? R. Alors, monsieur, voyant que j'allais commettre infailliblement un crime qui m'épouvantait et me faisait horreur, pour ne pas succomber à cette tentation, je remplaçai de nouveau à l'armée, c'était après 1830; je quittai pour la deuxième fois la maison paternelle, mais mon idée me suivit encore; et enfin j'étais comme décidé à déserter pour aller tuer ma mère. D. Vous aviez donc à vous plaindre de votre mère? R. Non, monsieur, je l'aimais bien : aussi avant de partir je me dis : « Aller tuer ta mère qui a eu tant de soin de ton enfance, qui t'aime tant, malgré la funeste idée que tu nourris contre elle? Non, je ne le ferai pas, Mais il faut pourtant bien que tu tues quelqu'un. » Et c'est alors que me vint l'idée de tuer ma belle-sœur; je m'en rappelle bien, j'étais à Dax; c'était en 1832. L'on m'annonça, par erreur, que ma belle-sœur était morte : c'était une autre parente qui était décédée, et alors j'acceptai le congé que l'on me donna, ce que je n'aurais pas fait si j'eusse cru que ma belle-sœur fût encore en vie : aussi, lorsque j'arrivai chez moi et que j'appris qu'elle n'était pas morte, j'éprouvai un saisissement, un serrement de cœur qui me fit beaucoup de mal, et mon idée reprit son cours. D. Quel est l'instrument que vous préféreriez pour donner la mort à votre belle-sœur? Ici Glenadel s'attendrit, ses yeux se baignent de larmes, il regarde sa belle-sœur et répond : L'instrument le plus doux! Mais quel qu'il fût, une fois commencé je sens qu'il me faudrait la voir morte, et c'est sûr comme Dieu est Dieu. D. Ne craindriez-vous pas de plonger votre frère et vos petits-neveux dans la misère et dans le désespoir? R. Cette

idée me vient un peu, mais l'on me tuerait et je ne les verrais pas; on se débarrasserait d'un monstre tel que moi, je cesserais de vivre; je ne puis espérer d'autre bonheur.

« Alors je me suis rappelé que M. Gransault de Salviat, mon confrère et mon ami, qui est actuellement à Paris, m'avait parlé, il y a environ un an, d'un jeune homme qui, quelques années auparavant, était venu chez lui, accompagné de sa mère, pour le consulter pour un cas analogue à celui dans lequel se trouve Glenadel; et comme ces cas sont extrêmement rares, j'ai pensé que ce pouvait bien être Glenadel lui-même. Je lui ai donc demandé si c'était lui qui avait été consulter mon confrère, et il m'a répondu affirmativement. D. Et que vous conseilla M.Grandsault? R. Il me donna d'excellents conseils, et plus tard il me saigna. D. Fûtes-vous soulagé à la suite de cette saignée? R. Je n'éprouvai pas le moindre soulagement; ma mauvaise idée me poursuivit avec la même force. D. Je vais donc faire mon rapport sur votre état mental, et il s'ensuivra que vous serez mis dans une maison de santé, où l'on vous guérira peut-être de votre folie. R. Me guérir n'est pas possible; mais faites votre rapport au plus vite, cela presse, je ne puis plus me maîtriser. D. Il faut que vos parents vous aient donné de bons principes de morale, qu'ils vous aient donné de bons exemples, il faut que vous-même vous ayez l'âme honnête pour avoir résisté si longtemps à cette terrible tentation. Ici Glenadel s'attendrit de nouveau, il verse des larmes et répond : Monsieur, vous devinez cela; mais cette résistance m'est plus pénible que la mort : aussi je sens que je ne puis plus résister, et je vais tuer ma belle-sœur si je n'en suis empêché, et c'est sûr comme Dieu est Dieu.

« Glenadel, lui ai-je dit, avant de vous quitter je vous demande une grâce : résistez encore quelques jours; vous

ne verrez pas longtemps votre belle-sœur, nous allons travailler à vous tirer d'ici, puisque vous le désirez tant. — Monsieur, je vous remercie, et je ferai en sorte de faire ce que vous me recommandez.

« J'étais sorti de la maison, et comme j'allais monter à cheval pour m'en aller, Glenadel m'a fait appeler, et, m'étant rendu auprès de lui, il me dit : Dites à ces messieurs que je les prie de me mettre dans un lieu d'où je ne puisse m'évader, car je ferai des tentatives pour le faire ; et, si je puis m'échapper, pour le coup ma belle-sœur est morte, je ne m'évaderai que pour la tuer; dites à ces messieurs que c'est moi-même qui vous l'ai dit. — Je l'ai assuré que je le ferais. Mais comme je le voyais dans une grande exaltation, je lui ai demandé si la corde qui lui liait les bras était assez forte, et s'il ne se sentait pas la force de délier. — Il a fait un essai, et m'a dit : je crains que si. — Mais si je vous procurais quelque chose qui pût vous tenir les bras plus fortement liés, l'accepteriez-vous? — Avec reconnaissance, monsieur. — Dans ce cas, je prierai le brigadier de la gendarmerie de me prêter ce dont il se sert pour lier les mains aux prisonniers, et je vous l'enverrai. — Vous me ferez plaisir.

« Je me proposais de faire plusieurs visites à Glenadel pour bien m'assurer de son état mental; mais, d'après la longue et pénible conversation que j'ai eue avec lui; d'après ce que m'avait dit mon confrère, M. Grandsault; d'après ce que m'ont rapporté le frère et la belle-sœur de Glenadel, qui sont bien affligés du triste état dans lequel se trouve leur malheureux frère ; sans nouvelles observations, je demeure bien convaincu que Jean Glenadel est atteint de monomanie délirante, caractérisée chez lui par un penchant irrésistible au meurtre; monomanie dont fut atteint Papavoine et autres, heureusement en petit nombre.

« En foi de ce, à Brunet, commune de Marminiat, le vingt et un mai mil huit cent trente-neuf.

« CALMEILLES, officier de santé. »

Nous n'avons rien voulu changer à ce fait si éloquent par sa simplicité même. Nous ne pensons pas non plus qu'il ait besoin de commentaires. Nous nous bornerons donc à faire remarquer que le délire durait depuis vingt-six ans, et que pendant plus de vingt ans Glenadel a pu résister seul aux impulsions qui le poursuivaient, et conserver toutes les apparences d'un homme sain d'esprit (1).

L'observation suivante, quoique différant sous plusieurs rapports de celle que nous venons de citer, montre aussi une idée fixe persistant pendant de longues années sans autre désordre intellectuel, et chez une malade qui avait conservé aux yeux de toutes les personnes qui la voyaient les apparences de la raison la plus parfaite.

Augusta-Wilhelmine Strohm, âgée de trente ans, n'ayant jamais donné aucun *signe de mélancolie*, tue sans motif appréciable à coups de hachette une de ses amies qu'elle avait invitée chez elle. Elle va ensuite se livrer elle-même à l'officier de police. Marc, après avoir rapporté ce fait avec détail, continue ainsi : « Encore *fort jeune*, Augusta Strohm avait assisté, à Dresde, à l'exécution d'une nommée Schaefe, condamnée à mort pour assassinat. Le soin avec lequel on prépara cette femme à mourir, sa marche à l'échafaud, avaient produit sur Augusta Strohm une impression telle, que, dès ce moment, elle regarda comme le plus grand bonheur celui de pouvoir terminer sa vie de la même manière, c'est-à-dire de pouvoir être préparée à la mort, et de faire une fin aussi édifiante que la condamnée. *Cette pensée ne la quitta plus* ; *mais ses principes de morale*

(1) Nous devons cette observation à l'obligeance de M. le Dr Gratiolet.

luttèrent longtemps contre celle-ci, lorsque, environ six semaines avant l'événement qui vient d'être rapporté, l'exécution d'un assassin, nommé Kultafen, eut lieu à Dresde, etc. »

Cette seconde exécution, par les circonstances dont elle fut accompagnée, fit encore une impression très vive sur la fille Strohm, et suffit pour exalter l'idée première qu'elle nourrissait et pour pousser cette fille au meurtre. Strohm était encore *fort jeune* lorsqu'elle assista à l'exécution qui avait été le point de départ de son idée fixe. Il y avait donc très probablement au moins *quinze ans* que cette idée fixe persistait sans avoir entraîné aucun désordre, la malade conservant toutes les apparences de la raison, malgré les luttes intérieures qu'elle soutenait.

On conçoit très bien que des monomanies de ce genre, si elles peuvent s'aggraver, doivent aussi quelquefois guérir sans être sorties des limites étroites que nous venons d'indiquer. Une maladie incidente, un événement heureux, peuvent très bien amener ce résultat. Nous pourrions citer plusieurs personnes qui, pendant deux mois et plus, ont eu des idées de suicide ou d'homicide, et chez lesquelles ce symptôme a disparu spontanément sans laisser aucune trace. Ces personnes n'ont parlé de ce qu'elles avaient éprouvé qu'après leur guérison, et on ne peut douter que beaucoup de cas de ce genre ne passent inaperçus.

Tout ce que nous venons de dire de la monomanie instinctive peut s'appliquer à la monomanie intellectuelle.

Un médecin, âgé de quarante-cinq à cinquante ans, vint un jour me faire part de la crainte qu'il avait de devenir aliéné et réclamer mes conseils. Il commença par m'avouer que plusieurs de ses parents avaient été atteints de folie, et que lui-même était depuis plus de *dix ans* poursuivi par des idées fixes dont il appréciait bien la nature, mais dont

il lui était impossible de se débarrasser. Ces idées n'avaient pas toujours été les mêmes, mais chacune d'elles avait persisté pendant *plusieurs annees*. Ainsi il n'avait pu pendant longtemps s'empêcher de regarder la saillie que font à travers le pantalon les organes génitaux des hommes, ce qui lui donnait l'inquiétude d'être accusé de mauvaises mœurs.

Plus tard, ce malade fut poursuivi par la pensée qu'on se moquait de lui, et qu'on voulait l'insulter en toussant ou en se mouchant à côté de lui dans la rue.

Malgré ces idées, il continuait à remplir les devoirs qu'impose une nombreuse clientèle, et passait aux yeux de tous pour un homme raisonnable. J'ai appris depuis que le délire avait franchi ces étroites limites, et que ce médecin était devenu complètement aliéné.

J'ai donné pendant trois mois des soins à une dame anglaise dont le frère avait été atteint d'une maladie mentale, et qui elle-même était obsédée par une idée fixe qu'elle s'efforçait vainement de chasser, et à laquelle elle revenait toujours, quoiqu'elle ne la jugeât point raisonnable. Cette idée était la crainte *de ne pas assez aimer son mari*. Pendant trois mois, j'ai vainement cherché une autre trace de désordre intellectuel. Cette dame, âgée de vingt-sept ans, avait toutes les apparences de la raison la plus complète; mais cent fois par jour, elle se trouvait ramenée malgré elle à cette idée, qu'elle commentait de toutes manières. Cet état durait déjà depuis trois ans sans que le délire eût pris la moindre extension.

Nous voyons dans les faits que nous venons de citer la monomanie persister *trois ans*, *dix ans*, *quinze ans* et même *vingt ans* sans entraîner d'actes déraisonnables; les malades luttant contre leurs idées, mais parvenant à se maintenir par leurs propres forces au milieu du monde.

Les faits de ce genre ne sont pas rares. Combien ne rencontre-t-on pas d'individus atteints de délire partiel ou de manie qui, avant de devenir complètement aliénés, ont été pendant plusieurs années tourmentés par une idée fixe qu'ils étaient parvenus jusque-là à dissimuler avec soin On se tromperait beaucoup si on croyait que tous les monomanes sont séquestrés dans les asiles. On peut se convaincre, au contraire, que beaucoup d'entre eux continuent à vivre dans le monde, et c'est précisément chez ceux-là que la maladie est nettement limitée. Depuis l'établissement de la Société de patronage pour les aliénés, j'ai été, comme membre de cette société, appelé à voir plusieurs malades sortis de la Salpêtrière et de Bicêtre et qui conservent des idées fixes. Ces malades ne se conduisent pas moins en apparence avec beaucoup de raison. Une ouvrière croit que la personne pour laquelle elle travaille pénètre dans sa chambre pendant son absence pour y jeter du mercure et d'autres substances malfaisantes : cependant elle a la force de dissimuler; elle ne se plaint pas, et les choses pourront ainsi continuer longtemps si la maladie ne s'aggrave pas. Le jour où cette aggravation aura lieu, cette femme s'emportera, dira des injures, et sera renfermée de nouveau. Tous les hommes qui ont des idées de suicide ne se tuent pas ou même ne font pas de tentatives pour se tuer, et il est bien certain aussi que beaucoup de malades, quoique tourmentés par des idées fixes, se maintiennent quant *aux actes* dans les limites de la plus saine raison. Il n'en est pas de même des maniaques, des déments ou même des hallucinés.

Nous pensons donc que la monomanie dans son état le plus simple est plus fréquente qu'on ne le prétend, par cette seule considération que cette variété de délire persiste souvent pendant plusieurs années sans entraîner

d'actes déraisonnables, ce qui permet souvent aux malades de continuer à rester dans le monde, où beaucoup échappent à l'observation du médecin.

§ II. *De la prédisposition aux idées fixes.*

Il y a un âge où l'imagination prédomine à ce point sur les autres facultés que, chez certains sujets, elle rend souvent presque impossible toute application au travail. Les journées se passent alors dans de continuelles rêveries, l'esprit est sans cesse attaché à la poursuite d'un projet qui bientôt est remplacé par un autre. Cette disposition est celle de l'adolescence et de la jeunesse, et elle ne devient vraiment fâcheuse qu'en se continuant dans l'âge mûr. Alors elle est une preuve de faiblesse intellectuelle et un signe de prédisposition à la folie. Je connais deux hommes, âgés de plus de quarante ans, qui tous deux comptent plusieurs aliénés dans leur famille et dont la vie se passe à former des projets irréalisables. Ils ont toujours en tête une *idée* à laquelle ils s'abandonnent et qui les occupe exclusivement pendant un ou plusieurs mois. Cette idée prend ordinairement sur euxun tel empire, qu'ils ont dela peine à s'en distraire, quand ils sont obligés de s'appliquer à des sujets différents. L'un des hommes dont je parle a déjà entrepris un long voyage et traversé les mers à la poursuite de l'une de ses chimères, et il n'a rapporté que la ruine.

Il faut bien remarquer que, dans ce cas, la force de volonté n'est point en rapport avec l'imagination ; la persévérance nécessaire pour l'exécution manque et toutes ces idées restent stériles, alors même que plusieurs seraient susceptibles d'application.

Les personnes faibles d'intelligence et douées d'une très

vive sensibilité sont éminemment prédisposées aux idées fixes. Dès qu'une idée se trouve associée chez elles à une émotion très vive, cette idée ne les quitte plus, elle les poursuit, les domine et finit quelquefois par entraîner le délire.

Augusta-Wilhelmine Strohm, dont j'ai rapporté plus haut l'observation, est très vivement impressionnée en assistant à l'exécution d'une femme; l'idée de mourir de la même manière surgit dans son esprit et persiste pendant quinze ans.

Une dame, citée par Esquirol, lit dans un journal la condamnation d'un criminel; l'impression produite par cette lecture est si vive, que bientôt cette dame voit une tête ensanglantée, séparée du tronc et revêtue d'un crêpe noir. Elle éprouve de cette vue une telle horreur, qu'elle fait des tentatives de suicide. C'est par des dispositions analogues qu'il faut expliquer les cas assez nombreux de monomanie suicide ou homicide dus à l'influence de l'imitation. On sait que plusieurs femmes ont été atteintes de monomanie homicide après avoir appris le meurtre commis par la fille Cornier.

L'expression vulgaire dont on se sert pour exprimer ces faits est extrêmement juste. On dit d'une personne que son esprit a été frappé par tel événement. Or, cette facilité qu'ont certains individus à être ainsi *frappés* par des idées qui, chez d'autres, ne font que passer, est précisément ce qui constitue la prédisposition aux idées fixes. Cette prédisposition chez les mêmes personnes varie d'ailleurs avec les modifications que subit la sensibilité elle-même. Il y a, comme on sait, chez les femmes des états dans lesquels l'impressionnabilité est bien plus développée, et les effets d'une émotion beaucoup plus à craindre.

Lorsque la faiblesse d'intelligence et de caractère se

trouve unie à une sensibilité très vive, les grands chagrins sont difficilement surmontés. Les idées tristes dominent l'esprit au point que toute distraction est impuissante ; elles acquièrent une telle fixité que la santé générale et les facultés intellectuelles en particulier ne tardent pas à subir les plus graves atteintes.

Une dame, restée veuve avec deux fils, a la douleur de voir l'aîné se livrer à des écarts de conduite qui le forcent à s'expatrier. Elle concentre alors toute son affection sur le second qui montrait les plus heureuses dispositions. Cet enfant, alors âgé de quinze ans, meurt d'une fièvre typhoïde. La malheureuse mère est accablée par cette perte ; elle ne verse pas une larme, ne peut s'occuper de rien, et reste dans un état complet d'inertie. L'idée que peut-être elle eût dû prévoir la maladie de son enfant et la prévenir surgit alors dans son esprit ; bientôt elle accepte cette idée et passe ses journées à se reprocher la mort de son fils.

En résumé, la disposition aux idées fixes consiste surtout dans la prédominance de l'imagination ou dans une sensibilité très vive unie à la faiblesse du jugement et à l'impuissance de la volonté.

§ III. *Début de la monomanie.*

Les idées fixes de la monomanie surviennent tantôt lentement et sans dérangement bien appréciable dans les fonctions, ou bien au contraire elles succèdent à un trouble aigu plus ou moins général de l'intelligence.

Examinons d'abord le premier mode d'invasion.

On sait combien il est commun, même dans le monde, de rencontrer des malades qui croient à l'existence d'ennemis imaginaires, et qui interprètent tout dans le sens de

leurs craintes et de leurs préoccupations. On sait également avec quelle habileté ces malades profitent des moindres circonstances pour démontrer la réalité de leurs conceptions délirantes. Si on interroge avec soin les antécédents, on reconnaît souvent que le désordre de l'intelligence s'est établi lentement ; les idées de persécution, sous l'influence d'une disposition maladive inconnue, ont commencé à se présenter à l'esprit du malade, qui d'abord ne les a point acceptées, au moins sans contrôle. La raison n'a pas cédé dès le premier moment, et bien souvent elle a dissipé, pour quelques jours au moins, les soupçons enfantés par l'imagination. Ce n'est, dans beaucoup de cas, qu'après de longues alternatives que le malade a fini par regarder comme vraies les idées dont il avait antérieurement reconnu le peu de fondement.

Ce que je viens de dire de la croyance à des ennemis imaginaires peut s'appliquer à tous les autres genres de monomanie.

De folles idées d'ambition ont souvent assailli longtemps l'imagination des malades sans que ceux-ci aient cru à leur réalisation possible. Tout en se complaisant dans ces idées, ils ne les appréciaient pas moins pour ce qu'elles étaient. La conception délirante n'est venue que plus tard.

Cette première période caractérisée par des idées fixes *sans délire* est bien plus tranchée encore pour la monomanie suicide, ou homicide, la nymphomanie, etc. Il est incontestable qu'il y a souvent alors une lutte qui peut se prolonger pendant plusieurs années ; lutte tout intérieure, sans manifestation, et pendant laquelle le jugement reste sain. C'est ce que démontrent les observations de Glenadel, de Wilhelmine Strohm, citées plus haut, et beaucoup d'autres faits que je pourrais invoquer. Pour nous, Glenadel était malade depuis le moment où les idées d'homicide ont do-

miné son esprit, mais il n'a été fou que le jour où sa volonté est devenue impuissante pour réprimer les impulsions qui le poussaient au meurtre.

Il y a donc dans beaucoup de cas de monomanie une première période caractérisée par des idées fixes sans délire. La durée de cette période est extrêmement variable; elle peut être seulement de quelques jours ou se prolonger plusieurs années. D'ailleurs, de même que nous ignorons sous l'influence de quelle cause organique les idées fixes ont pris naissance, de même aussi nous ne saurions déterminer comment se fait le passage à la seconde période caractérisée dans la monomanie intellectuelle par des conceptions délirantes, dans la monomanie morale par l'impuissance de la volonté.

La monomanie est loin de suivre toujours l'espèce de gradation que nous venons d'indiquer. Bien souvent l'idée fixe est acceptée comme vraie aussitôt qu'elle naît dans l'esprit.

Un homme de trente ans, qui avait eu plusieurs atteintes d'hypochondrie, fait une perte d'argent assez considérable au moment où il se proposait de traiter pour une charge importante. Il s'inquiète, se tourmente, ne dort plus, et bientôt ne peut se livrer à aucun travail. Une circonstance qui, dans tout autre cas, lui eût paru insignifiante, lui fait craindre d'être à tout jamais devenu impuissant. Son désespoir est extrême, car il ne peut plus songer à se marier; les joies de la famille lui sont interdites, son avenir est détruit, etc. Cependant il parvient à dissimuler. Bientôt sous l'influence de consolations et de simples distractions, l'imagination devient plus calme, le délire se dissipe, et le malade peut reprendre ses travaux. C'est alors seulement qu'il avoue la singulière conception délirante qui avait dominé son esprit.

Pendant que le procès de Mme Lafarge avait un si grand retentissement, un tonnelier écoutait chaque jour la lecture de ce procès qui lui était faite par sa femme. Tout à coup il vient à penser que peut-être celle-ci pourrait bien imiter Mme Lafarge; cette idée ne le quitta plus, et bientôt il ressent après ses repas des coliques très fortes. Il va trouver son médecin, lui fait part de ce qu'il éprouve et lui en révèle la cause. Celui-ci l'engage à se nourrir chez un restaurateur; ce conseil est suivi et pendant trois semaines les coliques disparaissent. Le malade, devenu plus tranquille, recommence à reprendre ses repas chez lui, mais ses souffrances reviennent presque aussitôt. Son délire augmentant, il accuse sa femme de jeter dans son lit des poudres qui lui causent d'horribles démangeaisons et l'entretiennent dans une extrême agitation. Il prend alors la précaution de renfermer chaque matin ses draps dans une armoire dont il garde la clef, et le soir il refait lui-même son lit; mais bientôt les poudres sont répandues dans l'air qu'il respire, et il ne peut plus se soustraire à leur influence malfaisante; peu de temps après, il frappe violemment à coups de marteau sa femme à la tête, et la laisse pour morte. Lui-même se fait ensuite des blessures très graves, auxquelles il a cependant survécu, sans que son délire ait été modifié.

La monomanie succède parfois à un désordre plus ou moins général de l'intelligence. M. Moreau a insisté avec raison sur ce fait, que confirme l'observation de chaque jour. L'idée fixe est alors, comme il l'a dit, l'idée principale d'un rêve qui survit au rêve lui-même.

Aux faits cités par M. Moreau, nous croyons pouvoir ajouter ceux que fournissent de temps en temps les sujets atteints de fièvre typhoïde; ces faits sont à notre avis les plus tranchés et les plus concluants. « Dans la période

d'accroissement, dit M. Louis, ou dans l'état de l'affection, quand le mouvement fébrile était encore plus ou moins considérable, le délire ne portait sur aucun objet déterminé, consistant seulement dans l'impossibilité où était le malade de faire un usage régulier de son intelligence. Mais au-delà de cette époque, quand la fièvre avait beaucoup diminué, ou même au commencement de la convalescence, j'ai vu deux fois le délire porter sur des objets fixes. Un malade qui se trouvait dans ce dernier cas prétendit cinq jours de suite avoir été, depuis son admission à l'hôpital, dans son village, d'où il avait rapporté des louveteaux qu'il voulait vendre. Il ne pouvait dire comment il avait voyagé; mais quelque objection que je lui fisse, il resta pendant cinq jours dans la même illusion, que d'ailleurs il soutenait avec beaucoup de calme ; et ce ne fut qu'à cette époque, en revenant du jardin de l'hôpital où il avait été promener, qu'il reconnut son erreur. — L'autre cas est relatif à une jeune fille beaucoup moins avancée dans la convalescence, d'une grande sensibilité, qui avait eu beaucoup de chagrins avant le début de sa maladie. Elle soutint deux jours de suite que sa sœur, qui habitait Saint-Germain, était morte, qu'elle l'y avait vue trois jours auparavant ; et elle le soutenait avec l'accent de la plus profonde conviction, s'occupant de ses petites nièces, de leur deuil, et me suppliant d'un air profondément affligé d'écrire à une de ses parentes à ce sujet. Ce délire eut encore cela de remarquable, qu'il fut remplacé par un délire varié qui disparut après le même espace de temps (1). »

J'ai vu un malade qu'on fut forcé d'isoler dans une maison de santé à la suite d'une fièvre typhoïde, et chez

(1) Louis, *Recherches sur la gastro-entérite*, t. II, p. 166.

lequel des idées fixes persistèrent pendant près d'un mois; mais je n'ai pu retrouver les détails relatifs à cette observation.

Ces idées fixes, à la suite de la fièvre typhoïde, survivant au délire général, constituent un fait très curieux, et peuvent en effet très bien être comparées à l'idée principale d'un rêve persistant quand ce rêve a cessé.

Chez les femmes nouvellement accouchées, la monomanie succède parfois à ce qu'on appelle communément des *fièvres cérébrales*. Après sept ou huit jours d'un délire plus ou moins général, l'appareil fébrile cesse, les fonctions générales reviennent à leur état normal, mais la malade reste sous l'influence d'un délire partiel.

Les idées fixes subissent souvent des transformations; M. Moreau a démontré que cela a surtout lieu chez les malades qui ont par intervalles des accès, pendant lesquels le délire tend à devenir plus ou moins général. J'ai déjà pu constater ce fait, et entre autres chez une jeune fille qui, presque tous les mois, à l'époque menstruelle, tombe, pendant pendant plusieurs jours, dans une extrême agitation. Elle conserve ordinairement après chaque accès des idées fixes qu'elle n'avait point antérieurement.

§ IV. *De l'extension de la monomanie.*

J'ai cherché à établir que la monomanie circonscrite à une seule idée était moins rare qu'on ne l'avait dit. Cependant nul doute que, dans la majorité des cas, la maladie ne franchisse les limites étroites dont j'ai parlé, et qu'elle ne prenne plus ou moins d'extension. Autour d'une ou de plusieurs conceptions délirantes principales, viennent peu à peu se grouper d'autres idées fausses qui s'y rattachent plus ou moins étroitement.

L'observation de Berbiguier, écrite par lui-même, fera bien comprendre ce qui se passe dans tous les cas de cette nature.

La maladie débuta par des hallucinations. Berbiguier commença par entendre des bruits pendant la nuit. Il était à peine couché, qu'on frappait avec force sur tous les meubles. Bientôt, pour échapper à ce vacarme étourdissant qui devenait un véritable supplice, il prit le parti de ne plus passer la nuit chez lui. « Je courais les rues, dit-il, pendant que tous les habitants de la ville fermaient les paupières. Je ne prenais de la nourriture que quand le besoin le plus pressant m'en faisait une obligation. Je n'entrais chez moi que pendant le jour; et comment aurais-je pu me déterminer à y rester pendant la nuit? C'était alors que le calme était banni de ma chambre, et que dans celle qui était au-dessus on frappait à coups redoublés. »

Il vit là un système de persécutions organisé par deux femmes qui travaillaient à son ménage.

Bientôt il eut des hallucinations de la vue, et aperçut des chats dans sa chambre et sur son lit.

Ces chats n'étaient autres, pour lui, que les *deux sorcières* métamorphosées.

Berbiguier, accablé de souffrances, est bientôt en proie à des idées de suicide, mais une *voix* l'arrête au moment où il va se donner la mort. C'est dans cette nuit même que Jésus-Christ lui apparaît sur un trône.

Le délire aurait pu rester dans ces limites. Le malade était halluciné; il croyait à la réalité de ses hallucinations; il accusait de ses souffrances deux femmes qu'il prenait pour des sorcières. Il y avait donc aliénation mentale bien caractérisée, et tout ce qu'il fallait pour constituer la monomanie.

Cependant, peu à peu, de nouvelles conceptions délirantes se joignent à celles que je viens d'indiquer.

Berbiguier consulte Pinel pour être délivré de ses maux, et cet illustre médecin ne l'ayant pas guéri, est rangé parmi ses persécuteurs; c'est un *farfadet*, le représentant de Satan.

Bientôt dix ou douze personnes avec lesquelles le malade se trouve en rapport, sont également des ennemis acharnés à sa perte.

Enfin, comme il le dit lui-même, son imagination est tellement frappée des farfadets, qu'il en voit partout.

Dès lors rien n'arrive plus que par les maléfices des farfadets.

Ils tourmentent son écureuil;

Ils font fumer son poêle;

Ils arrêtent ou dérangent le mouvement de sa montre.

Ses ennemis agissent sur lui-même. Ils l'endorment contre son gré; ils troublent ses facultés; ils lui enlèvent ses idées; ils le font *éternuer*.

Ils vont même jusqu'à lui faire commettre de mauvaises actions. C'est ainsi qu'il leur attribue ses emportements et ses brutalités contre son écureuil.

Un jour, le malade trouve une pièce de cinq francs qui avait été oubliée dans des lieux d'aisances; il s'empresse de la restituer, mais reste convaincu que les farfadets ont ainsi voulu tenter sa probité.

Ce sont ces farfadets qui font le mauvais temps; sans eux, il n'y aurait ni pluie, ni grêle, ni tonnerre. Plusieurs fois ils ont fait souffler le vent pour briser son parapluie.

Tout peut ainsi s'expliquer par les farfadets.

On se trompe sur la cause des morts subites; on les attribue à des coups de sang, des apoplexies, mais il n'en

est rien. Ce sont les farfadets qui étouffent et étranglent les personnes qu'on voit ainsi succomber tout à coup.

Il n'y aurait point d'*entorses* sans les farfadets, qui placent à dessein des obstacles devant les gens pour les faire tomber.

Enfin Berbiguier explique par les farfadets la grossesse de plusieurs jeunes filles qu'on disait avoir été séduites. Ces filles, pour lui, sont innocentes et pures : elles portent la peine des maléfices des farfadets qui se sont introduits la nuit auprès d'elles invisiblement, et qui en ont abusé à leur insu.

Les farfadets passent par les fissures des meubles les plus étroites; ils se glissent même entre la jambe et la jarretière, etc.

On pourrait, en parcourant les trois volumes écrits sur les farfadets, trouver bien d'autres conceptions délirantes, mais celles que je viens de rapporter suffisent pour montrer l'extension qu'avait prise le délire.

Toutes les idées fausses du malade ont leur point de départ dans la croyance à la réalité de ses hallucinations.

Il n'y a que des ennemis qui puissent ainsi le tourmenter chaque nuit. Ces ennemis acharnés à sa perte existent donc. Une fois cette idée arrêtée, le délire augmentant, Berbiguier attribue tout ce qui lui arrive de fâcheux à ses persécuteurs.

De là, une foule de conceptions délirantes secondaires qui se rattachent à l'idée principale.

Comme beaucoup de monomanes, celui dont nous parlons avait par intervalles un trouble plus général des facultés. C'est lui-même qui le déclare :

« Je dois faire observer à l'appui de ce que je viens de dire au sujet des farfadets, que je me suis aperçu que les membres de cette odieuse association me travaillaient

parfois la tête au point que je suis obligé de convenir en moi-même qu'il ne me reste pas l'ombre d'une idée saine, et que j'oublie tout à coup ce que je suis, ce que je fais. » Plus loin on lit encore : « Je sentis dans la tête un coup terrible qui me réduisit à un tel état de stupidité, que j'aurais pu passer pour fou auprès de quelqu'un qui ne m'aurait pas connu. J'étais, en effet, dans une espèce d'aliénation. Je fus contraint d'abandonner la plume jusqu'au moment où je sentis revenir en moi des idées un peu plus saines, etc. »

Voici donc un malade qui a des conceptions délirantes nombreuses, et par intervalles un délire plus général qu'il caractérise lui-même en disant qu'il ne lui reste pas alors l'ombre d'une idée saine.

Est-ce encore là de la monomanie?

Nous croyons que tout le monde, après avoir lu les trois volumes de Berbiguier, répondra par l'affirmative; car si le délire était assez étendu, il n'y en avait pas moins là une série dominante d'idées qui se retrouvent à chaque page.

L'auteur des farfadets n'était ni un maniaque, ni un dément, ni un mélancolique, mais un homme actif, intelligent, et qui, malgré ses convictions délirantes, avait des idées parfaitement suivies.

Nous pensons que dans ce cas, et en présence d'une série d'idées aussi exclusive, on doit, sans tenir compte du nombre des idées fausses secondaires qui se rattachent au point principal, conserver à cet état le nom de monomanie, devenu synonyme du délire partiel.

Agir autrement, ce serait se montrer, pour la classification des désordres intellectuels si mobiles et si variables, plus difficile qu'on ne l'est pour celles des plantes, par exemple.

Nous croyons donc que les critiques adressées au mot de monomanie ne sont point fondées.

A notre avis, ce mot est encore celui qui convient le mieux pour désigner tous les cas de délire partiel avec une *série dominante d'idées*, quels que soient d'ailleurs les *phénomènes accessoires*, le nombre, et nous dirions presque la variété des idées fausses secondaires.

§ V. *De la lésion de l'attention dans la monomanie.*

Les idées ont dans l'état normal une tendance à se renouveler, et nous avons besoin de faire des efforts d'attention pour les conserver plus ou moins longtemps. Il en est autrement dans la monomanie. Cette tendance au renouvellement des idées n'existe plus; elle est remplacée par une disposition opposée. Loin que le monomane ait besoin d'efforts d'attention pour garder ses idées fixes, toute la puissance de sa volonté ne peut au contraire les empêcher de se représenter à son esprit. C'est ce fait que tous les malades expriment en disant que telle idée *les poursuit, les domine*, qu'il ne dépend pas d'eux de n'y plus penser, que c'est plus fort qu'eux, etc.

L'idée fixe est, en effet, comme le délire maniaque, comme les hallucinations, le résultat de l'exercice involontaire des facultés, prédominant sur l'exercice volontaire, par suite d'un état morbide du cerveau. L'attention n'est pas lésée, et si elle ne s'exerce plus comme dans l'état normal, c'est que l'instrument n'est plus dans les mêmes conditions.

Le monomane ne concentre donc pas volontairement son attention sur ses idées fixes, il lui suffit de s'y *abandonner*, et c'est ce qu'il fait. Nul doute qu'il ne puisse parfois appliquer volontairement son esprit à l'examen de ses convic-

tions délirantes; mais cela n'est pas nécessaire, et n'a pas lieu le plus souvent.

A notre avis, le monomane ressemble bien plus fréquemment, surtout dans la période aiguë, à l'homme qui rêve qu'à celui qui médite profondément.

La lésion de l'attention n'est donc pas plus la lésion principale dans la monomanie, que dans la manie, la démence et les hallucinations (1).

(1) Voir plus loin le mémoire ayant pour titre (*théorie de l'automatisme étudiée dans le manuscrit d'un halluciné.*)

TROISIÈME PARTIE

PHYSIOLOGIE

DES

HALLUCINATIONS

Les exemples d'hallucinations épars çà et là dans la science sont aujourd'hui extrêmement nombreux. On en trouve, en effet, une foule dans les ouvrages sur les maladies mentales, la démonologie, la sorcellerie, les apparitions, etc.

Si ces observations ne suffisaient pas, il serait facile d'en recueillir chaque jour de nouvelles dans les hospices d'aliénés, et même dans le monde ; car les fausses perceptions sensorielles se rencontrent assez souvent d'une manière passagère chez des personnes saines d'esprit. Les recherches historiques, qui ont déjà fourni tant de documents curieux, sont d'ailleurs loin d'être épuisées. Ce qui manque désormais, ce ne sont donc plus les faits particuliers, mais bien l'étude du phénomène en lui-même, et pour ainsi dire son histoire intime.

Quand un halluciné affirme qu'il voit ou qu'il entend, en l'absence de toute excitation extérieure de ses organes sensoriels, quelle idée doit-on se faire de ce qu'il éprouve ?

Les appareils sensoriels sont-ils réellement ébranlés, et

le malade perçoit-il des sensations qui ne différeraient des sensations normales que par leur mode de production?

Ou bien, au contraire, les sens sont-ils complètement en repos? N'y a-t-il là qu'une erreur de l'imagination, et, comme on l'a dit, qu'une conception délirante, analogue à toutes celles que la folie enfante?

N'a-t-on pas confondu sous le nom commun d'hallucination plusieurs phénomènes distincts, quoique semblables en apparence?

Comment l'hallucination se produit-elle, et quelle est sa nature?

Telles sont les questions qui se présentent tout d'abord, et dont la solution intéresse au plus haut degré la physiologie pathologique.

Convaincu que c'est là désormais qu'il y a un progrès possible, je me suis surtout appliqué à analyser le phénomène, en interrogeant avec soin un grand nombre d'hallucinés dans des conditions diverses et à des époques différentes de leur maladie.

L'examen des questions que j'ai posées n'est pas non plus sans intérêt pour la pathologie.

L'opinion qu'on a de la nature des hallucinations ne peut, en effet, qu'exercer une assez grande influence sur le mode de traitement. Ainsi, dans ces dernières années, on a combattu les fausses perceptions de l'ouïe par des injections d'extrait de belladone dans les oreilles, par le datura stramonium, ou bien, au contraire, on a proscrit les moyens pharmaceutiques; or, il serait facile de démontrer que les médecins dont nous rappelons les travaux étaient dans tous ces cas guidés par des idées théoriques différentes. La médecine pratique n'est donc pas moins intéressée ici que la physiologie elle-même.

Voici l'ordre dans lequel j'exposerai le résultat de mes recherches.

I. Parmi les faits d'hallucinations, il en est que certains détails indiqués souvent par les malades eux-mêmes rendent plus propres que d'autres à éclairer la nature du phénomène. Il m'a semblé qu'il importait d'abord de réunir ces faits pour servir à une description des fausses perceptions des divers sens. Cette description, d'après des observations choisies ainsi uniquement en vue de l'étude physiologique, n'a point été faite, et cependant elle est un préliminaire obligé de cette étude, puisqu'elle doit fournir les éléments de la discussion. Pour peu qu'on vive au milieu des hallucinés et qu'on les interroge avec soin, on ne tarde pas à s'apercevoir combien sont variés les phénomènes qu'ils éprouvent, combien les fausses perceptions de l'un ressemblent peu à celles de l'autre. Souvent aussi on découvre chez le même malade des symptômes très différents.

La description dont je viens de parler doit réunir toutes ces variétés, et ce n'est, en effet, qu'à cette condition qu'elle pourra servir de base à la théorie. Je commencerai donc par décrire avec détail les hallucinations des divers sens, en choisissant parmi les observations celles qui m'ont paru les plus propres à éclairer le mode de production du phénomène.

II. J'examinerai ensuite la question de la nature des hallucinations, question sur laquelle les auteurs sont divisés, et dont il me sera facile de faire comprendre l'importance. En prenant pour exemple les hallucinations de l'ouïe, on sait que les malades sont souvent dans ce cas poursuivis par des interlocuteurs invisibles qui leur adressent parfois de longs discours, et avec lesquels ils engagent de véritables conversations. On sait aussi que ces

hallucinés non seulement se rappellent ce qu'on leur a dit, mais qu'en outre ils décrivent la manière dont ils on été impressionnés par les voix, qui sont fortes et graves, ou bien faibles et criardes, et qui leur arrivent dans telle ou telle direction. Il y a évidemment ici deux choses distinctes: les discours des prétendus interlocuteurs d'une part, et de l'autre les impressions toutes sensorielles décrites par les malades. Les premiers prouvent que l'intelligence joue un rôle actif dans la production des hallucinations; les secondes tendraient à démontrer que la part des sens n'est pas moins réelle. On serait donc porté, d'après l'observation, à admettre dans les hallucinations deux éléments, l'un intellectuel et l'autre sensoriel; mais de ces deux éléments il y en a un qui a été et qui peut, en effet, au moins dans certains cas, être mis en doute, c'est l'élément sensoriel Il est donc indispensable de rechercher quelle idée on doit se faire des perceptions des hallucinés, et de décider si le phénomène est simple et de nature purement psychique, ou bien au contraire s'il est complexe et dû à la double action de l'imagination et des organes des sens.

III. Le mécanisme intime de l'hallucination est et sera probablement toujours inexplicable. Cependant malgré cette limite imposée d'avance à nos connaissances, nous n'en devons pas moins faire tous nos efforts pour approcher aussi près que possible de la vérité, en déterminant, par exemple, les conditions qui favorisent la production des fausses perceptions sensorielles, et surtout en recherchant celles sans lesquelles elles ne peuvent avoir lieu. C'est par l'étude de ces divers points que je terminerai ce travail.

I

DESCRIPTION

DES

PHÉNOMÈNES INTELLECTUELS ET SENSORIELS

DANS LES

HALLUCINATIONS DES DIVERS SENS

HALLUCINATIONS DE L'OUIE

PHÉNOMÈNES INTELLECTUELS DANS LES HALLUCINATIONS DE L'OUIE (1)

1. *Les hallucinations de l'ouïe sont les plus fréquentes et les plus compliquées.* On observe beaucoup plus souvent, surtout chez les aliénés, les fausses perceptions de l'ouïe, que celles des autres sens. Pour un malade qui a des visions, il y en a trois ou quatre qui sont poursuivis par des *voix*. C'est d'ailleurs, comme je le montrerai plus loin, par l'étude des phénomènes intellectuels qu'on peut expliquer cette extrême fréquence des hallucinations de l'ouïe, par rapport à celle des autres sens.

Outre qu'elles sont les plus nombreuses, ces hallucinations sont aussi les plus compliquées. Il n'est pas rare,

(1) Les phénomènes psychiques et sensoriels, dont la réunion constitue les hallucinations, ne pouvaient, dans les exemples que nous citerons ici, être isolés les uns des autres, mais nous avons choisi les observations pour servir plus spécialement à l'étude des phénomènes intellectuels. La même remarque sera applicable plus loin à l'étude des phénomènes sensoriels.

en effet, de voir des malades qui entendent trois ou quatre, et jusqu'à dix ou douze *voix* différentes, souvent aussi les hallucinés répondent à ces *voix* et tiennent avec elles de longues conversations. Telles étaient les sublimes entretions du Tasse avec son démon familier, et les discussions si ardentes de Luther avec le diable.

2. *Hallucinés qui n'entendent que des bruits.* Parmi les exemples d'hallucinations de l'ouïe les plus simples, au point de vue des phénomènes intellectuels, il faut citer la reproduction de certains bruits qui souvent ont été primitivement associés à des émotions très vives. Ces bruits doivent être soigneusement distingués de ceux qui précèdent ou accompagnent quelques affections de l'oreille ou du cerveau; ils sont d'une autre nature et constituent de véritables hallucinations ayant leur point de départ dans la mémoire; telle est l'observation suivante, que j'ai recueillie à l'hospice de la Salpêtrière.

Dans l'une des émeutes qui ont ensanglanté Paris en avril 1831, la femme d'un ouvrier, enceinte de huit mois, cherchant à rentrer chez elle, voit son mari tomber mortellement frappé par une balle. Un mois plus tard, elle accouche heureusement; mais le dixième jour après l'accouchement le délire éclate. Dès le début, la malade entend le bruit du canon, des feux de peloton, le sifflement des balles. Elle se sauve dans la campagne, espérant, en s'éloignant de Paris, se soustraire aux bruits qui la poursuivent. Arrêtée et conduite à la Salpêtrière, elle guérit au bout d'un mois.

Depuis dix ans, six accès semblables ont eu lieu, et toujours les mêmes hallucinations se sont renouvelées dès le début du délire. Constamment la malade s'est sauvée dans la campagne pour éviter le bruit du canon, des coups de fusil, des carreaux brisés par les balles. Plusieurs fois,

dans la précipitation de sa fuite. elle est tombée à l'eau. Deux fois aussi elle s'y est jetée volontairement pour échapper au supplice de ces bruits qui lui rappelaient la mort de son mari et lui faisaient croire aux plus grands malheurs.

3. *Hallucinations reproduisant quelques mots toujours les mêmes.* Après les hallucinations dont je viens de parler, les moins compliquées sont celles qui ne consistent que dans la répétition de quelques mots. Les exemples de ce genre ne sont pas rares chez les aliénés. Une vieille demoiselle rachitique se plaignait d'être poursuivie par des ennemis qui répétaient deux ou trois épithètes injurieuses, toujours les mêmes, et qui avaient rapport à sa difformité. — Un ancien employé atteint de monomanie entend souvent autour de lui le mot Kempen, petite ville de Belgique, dans laquelle tous ses malheurs ont commencé, et qui résume pour lui toute son histoire. — Il faut encore rappeler ici les personnes auxquelles il arrive de se retourner tout à coup dans la rue, croyant qu'on a prononcé leur nom. Ces hallucinations si simples sont ordinairement passagères, et on doit souvent conserver des doutes sur leur nature; elles peuvent, en effet, dans beaucoup de cas, être confondues avec les illusions de l'ouïe.

4. *Hallucinations de l'ouïe reproduisant les préoccupations actuelles du malade.* Nous voici arrivé à un degré plus élevé dans l'échelle des hallucinations; ce ne sont plus seulement quelques mots isolés, mais des phrases entières que les hallucinés entendent. On remarque alors souvent que les fausses perceptions sensorielles sont relatives aux préoccupations des malades, et que chez les aliénés, elles reflètent pour ainsi dire le délire partiel.

Une mélancolique, morte à la Salpêtrière, par suite du scorbut, et qui s'accusait de crimes imaginaires, était

obsédée jour et nuit par une *voix* qui lisait son arrêt de mort et décrivait les supplices qui lui étaient réservés. — Le remords produit quelquefois des hallucinations de cette nature, et j'ai entendu M. Pariset citer dans ses leçons l'observation d'une fille à laquelle une *voix* reprochait un vol qu'elle avait en effet commis. L'objet volé fut restitué, et la *voix* cessa de se faire entendre (1).

Le plus souvent les hallucinations ne reproduisent ainsi que des idées tristes : cependant on rencontre quelques cas où le contraire a lieu.

Une dame aliénée, que le soin de sa toilette préoccupe beaucoup, croit être poursuivie par deux hommes qu'elle ne peut apercevoir, mais qu'elle entend partout. Ces deux personnages ne cessent de lui adresser des compliments. Le matin, pendant qu'elle s'habille, ils vantent la blancheur de sa peau et tous les agréments de sa personne.

Le rapport des hallucinations et des idées dominantes des malades, signalé d'une manière générale par plusieurs auteurs, existe aussi, comme on sait, entre les préoccupations de la veille et les rêves, et nous verrons plus loin qu'il peut dans les deux cas s'expliquer de la même manière.

5. *Hallucinations de l'ouïe reproduisant toutes les idées du malade.* Les hallucinations de l'ouïe qui nous restent à étudier sont beaucoup plus compliquées ; au lieu de quelques mots ou même de quelques phrases toujours les mêmes, les fausses perceptions sensorielles reproduiront désormais toutes les idées. — Une aliénée se plaint qu'on répète tout haut ses pensées. Dès qu'une idée bonne ou mauvaise se présente à son esprit, une *voix* la répète im-

(1) Cette observation a été rapportée par M. Pariset, dans les *Memoires de l'Académie royale de médecine* (éloge d'Esquirol), t XI.

médiatement. — Un autre malade, qui éprouvait le même phénomène, supposait que ses ennemis parvenaient à connaître ses plus secrètes pensées à l'aide de porte-voix. « Celui qui a le porte-voix, dit-il, dispose de celui qu'il tient et des pensées qui se créent dans son cerveau. *Les artères ont à peine le temps de les former, que déjà le porte-voix en est maître.* » Et plus loin il ajoute : « Un homme qui est identifié avec les porte-voix peut perdre la raison, il n'est plus maître de ses *pensées;* on dispose de son *imagination*, de ses *idées*, de son *existence.* » Je reviendrai d'ailleurs plus tard sur le curieux manuscrit auquel j'emprunte les deux passages que je viens de citer.

Dans tous les cas de ce genre, les malades entendant répéter tout haut leurs pensées, doivent croire et croient en effet qu'on connaît ces pensées aussi bien qu'eux-mêmes ; ils n'en sont donc plus maîtres, ne peuvent plus rien cacher, etc. ; de là un tourment incessant ou plutôt un véritable supplice.

6. *Hallucinations reproduisant ce que les malades lisent.* Le phénomène de la reproduction de la pensée sous forme d'hallucination a quelquefois lieu quand les aliénés lisent.

Un halluciné croyait avoir auprès de lui un personnage invisible qui répétait immédiatement ce qu'il lisait; — dans un autre cas, au contraire, on lisait avant le malade, et pour ainsi dire à sa place.

7. *Hallucinations de l'ouïe reproduisant les paroles des malades.* On sait que les aliénés parlent souvent seuls ; il arrive alors qu'au lieu d'entendre exprimer tout haut leurs pensées, ils entendent répéter leurs paroles. Ces aliénés expliquent ce fait en disant qu'il y a un *écho* autour d'eux.

Un halluciné, qui a lui-même tracé l'histoire de ses souffrances, écrit entre autres choses : « Il y a comme un

autre moi-même, qui inspecte toutes mes actions, toutes mes paroles, comme *un écho qui redit tout*, etc. »

Esquirol a vu un malade qui n'était au contraire que l'écho de ce qu'il entendait. « S'il parle, la voix d'un ange dit d'avance tout ce qu'il va dire ; s'il lit, cette même voix se fait entendre avant qu'il prononce les mots ; s'il écrit, les voix lui dictent. »

8. *Malades auxquels on s'adresse à la deuxième personne.* Les hallucinés, dont on répète ainsi les pensées ou les paroles, ont conscience que ces pensées ou ces paroles viennent d'eux, mais souvent il n'en est pas ainsi ; on s'adresse aux malades à la deuxième personne ; on les menace, on les injurie, etc. Loin de regarder alors ces menaces et ces injures comme un produit de leur intelligence, ils ont au contraire la conviction que tout cela vient de leurs ennemis. Il y a dans leur esprit deux sortes de pensées, les unes qu'ils savent leur appartenir, et les autres qu'ils rapportent aux personnages dont ils se croient entourés.

C'est le fait de la dualité intellectuelle qu'on retrouve chez les inspirés, et aussi chez quelques aliénés qui n'ont point d'hallucinations. Voici une observation dans laquelle la malade entendait une *voix* qui s'adressait à elle à la deuxième personne, et qui lui donnait des conseils et des ordres.

Madame C..., âgée de quarante ans, est entrée à la Salpêtrière le 28 mai 1840 pour cause d'aliénation mentale.

Le délire était récent et caractérisé surtout par des hallucinations de l'ouïe.

Cette dame décrit elle-même, de la manière suivante, ce qu'elle a éprouvé dans la nuit du 8 mai et dans la journée du 9.

« Au milieu de ma fièvre, dit-elle, j'aperçus une arai-

gnée qui, au moyen de son fil, s'élançait du plafond sur mon lit. *Une voix mystérieuse me dit* de prendre cette araignée. Comme cet insecte m'inspirait de la frayeur, je l'ai prise avec le coin de mon drap. Après bien des efforts, je me suis levée, et *j'ai reçu l'ordre* de brûler l'araignée et le drap pour me délivrer du sortilège. Je mis donc le feu au drap. Ma chambre se remplit d'une fumée très épaisse. La *voix mystérieuse me dit* alors de quitter ma chambre au plus vite. Je passai une robe et je sortis, après m'être assurée qu'il n'y avait pas de danger pour le feu.

« J'étais partie de chez moi à jeun. Après avoir couru les rues pendant trois ou quatre heures, *j'entendis la voix mystérieuse*, au moment où je passais devant un pâtissier, me dire d'acheter un gâteau : ce que je fis. Plus loin, me trouvant près d'une fontaine, on m'ordonne de boire. J'achète un verre et je bois. »

Madame C..., après son repas, fait comme je viens de le dire, continue à errer dans les rues. Quelques heures plus tard, elle se trouve rue de Vendôme, près de l'établissement des bains ; la *voix* mystérieuse l'engage alors à se baigner; mais cette même *voix* sort avec tant de force du fond de la baignoire que madame C..., effrayée, se retire sans avoir osé prendre son bain (1).

9. *Malades qui entendent parler d'eux à la troisième personne.* Il arrive qu'au lieu de s'adresser à l'halluciné, on parle de lui à la troisième personne, et qu'il assiste pour ainsi dire comme simple spectateur à une conversation dont il est l'objet.

Une femme, avant son entrée à la Salpêtrière, est restée pendant plusieurs jours dans sa chambre, n'osant pas sortir, parce qu'elle entendait derrière la porte plusieurs

(1) Je dois cette observation à l'obligeance de M. le docteur Gratiolet.

individus parlant d'elle à voix basse, et qui l'attendaient pour l'assassiner.

Les cas de ce genre ne sont pas rares. C'est ainsi, en effet, que beaucoup d'aliénés apprennent les prétendus complots de leurs ennemis.

Quelquefois le malade n'est pas l'objet de la conversation qu'il entend ; mais il est rare que cette conversation ne le touche pas plus ou moins directement. Tel est l'exemple suivant :

« Madame P... présente à peu près deux fois l'an des accès d'exaltation maniaque qui durent un mois, et qu'elle attribue à de vives contrariétés. Elle avait vu surtout avec une profonde douleur se développer l'inclination d'un de ses fils pour une jeune personne indigne de l'alliance à laquelle elle le destinait, inclination que les conseils d'un soi-disant ami s'efforçaient sans cesse d'entretenir. Or, durant un premier accès, au sein du silence le plus complet, elle entendit très nettement, à plusieurs reprises, la voix de son fils et celle de son ami, la dernière surtout, qui articulait ces mots :

« Enlève ta maîtresse, fuis avec elle en Angleterre, épouse-la malgré l'opposition de ta famille (1). »

On sait d'ailleurs que ces phénomènes si curieux se reproduisent très souvent dans les rêves.

10. *Hallucinations de l'ouïe reflétant les combats de la conscience*. Les fausses perceptions sensorielles reflètent parfois les combats de la conscience. Il y a alors deux *voix*, dont l'une conseille le bien et l'autre le mal : c'est chez l'halluciné la lutte du bon et du mauvais ange.

Un homme de lettres, atteint de mélancolie, passe une nuit presque entière à cheval sur le parapet d'un pont, en-

(1) Michéa, *Mémoires de l'Académie*, t. XII.

tendant deux *voix* très distinctes, dont l'une l'engage à se noyer, et dont l'autre cherche à le rattacher à la vie. Cette dernière fut la plus forte, et le malade, qui avait été conduit là par une pensée de suicide, renonça à son projet.

Pinel rapporte l'observation d'un maniaque qui était calme pendant le jour, mais qui, la nuit, se croyait toujours entouré de revenants et de fantômes. Il s'entretenait tour à tour avec de bons et de mauvais anges, et, suivant le caractère de ses visions, il était bienfaisant ou dangereux, porté à des actes de douceur ou à des traits d'une cruauté barbare.

Les deux exemples suivants, quoique différant des précédents, peuvent cependant en être rapprochés.

Un jeune homme, séparé de sa femme à la suite de discussions, résolut de tenter auprès d'elle une démarche pour l'engager à revenir au domicile conjugal. Chemin faisant, il fut, dit-il, suivi par deux hommes qui répétaient sans cesse ces mots : *Il réussira, il ne réussira pas; il réussira, il ne réussira pas*, etc. (1).

« Suivant Grégoire de Tours, un homme de son temps était dominé par le désir de se donner la mort. Il avait même à cet effet disposé une corde auprès de lui. Cependant, manifestant encore quelque hésitation, il implorait l'assistance de l'apôtre saint Paul, lorsqu'il aperçut une ombre, au visage sinistre et infernal, qui lui dit ces mots : Courage, ne diffère pas plus longtemps la résolution que tu as prise. Le malheureux allait passer la corde à son cou, afin d'obéir à cette voix, quand il vit une autre ombre qui s'adressa en ces termes à la première : Fuis, misérable ! Cet homme a invoqué le secours de saint Paul, et le grand apôtre l'a entendu, il est ici présent. A ces mots,

(1) Leuret, *Fragments psychologiques*, p. 209.

les deux ombres disparurent, et l'individu fut délivré de son penchant au suicide (1). »

11. *Malades qui entendent trois, quatre, et jusqu'à douze ou quinze voix différentes.* Il y a des hallucinés qui s'entretiennent successivement avec trois, quatre, et jusqu'à douze ou quinze interlocuteurs invisibles, dont ils affirment distinguer facilement les différentes voix. Un de ces malades range en deux catégories les personnages dont il se croit ainsi entouré. Les uns, dit-il, sont des hommes instruits et honnêtes qui lui donnent d'utiles conseils et avec lesquels il aime à converser; les autres, au contraire, sont des gens du plus bas étage, et dont les paroles obscènes et injurieuses dénotent les plus mauvais sentiments.

Je donne des soins à une demoiselle qui entend aussi dans l'isolement et le silence jusqu'à dix ou douze voix différentes, et dont les unes disent toujours la vérité, tandis que les autres ne profèrent que des mensonges.

12. *Changements qui surviennent dans le nombre des interlocuteurs.* Il survient dans le nombre des interlocuteurs invisibles des changements dont il est impossible de découvrir les causes. Tel aliéné qui depuis plusieurs mois vous a dit qu'il entendait très distinctement trois *voix* différentes, annonce un jour qu'il n'entend plus que deux *voix;* dans d'autres cas, c'est le contraire qui arrive. L'halluciné vous apprend qu'une troisième *voix*, par exemple, est venue se joindre aux deux premières.

L'observation la plus attentive ne saurait faire découvrir à quoi tiennent ces modifications, mais les faits eux-mêmes peuvent être facilement constatés.

13. *Conversations des hallucinés avec des interlocuteurs*

(1) Michéa, ouvrage cité.

invisibles. J'ai supposé jusqu'ici que l'halluciné ne répondait point aux *voix* qui lui parlent, mais souvent le contraire a lieu. Il répond et discute, et de là naissent de véritables conversations.

Rien de plus curieux assurément que cette nouvelle forme de l'hallucination, dans laquelle le phénomène se produit, pour ainsi dire, d'une manière intermittente. La *voix*, en effet, se tait pendant que le malade répond, et elle recommence immédiatement après. J'ai vu dans la maison de santé de madame Reboul-Richebraque un halluciné aveugle depuis de longues années, et qui, tous les soirs après son repas, se met à dicter, en plusieurs langues, des dépêches à trois ou quatre secrétaires qu'il croit avoir autour de lui ; à chaque instant il s'interrompt pour écouter, puis il continue de nouveau à dicter. L'état de cécité de cet aliéné permet d'assister, à son insu, à ces sortes d'entretiens, qu'on observe d'ailleurs chez presque tous les hallucinés après plusieurs années de maladie. C'est ce dont on peut facilement se convaincre en examinant ces malades abandonnés à eux-mêmes dans les cours d'un hospice, ou mieux encore en écoutant la nuit à la porte de leurs cellules. On ne manque pas alors de remarquer ces *apartés*, sortes de rêves pendant la veille, qu'on interrompt en parlant aux aliénés et en fixant leur attention.

Le Tasse et Luther, comme on l'a vu plus haut, s'entretenaient ainsi, l'un avec un démon familier, et l'autre avec le diable.

Le Tasse avait souvent parlé à son ami Manso, devenu son historien, de ce génie familier qui venait le visiter ; et comme celui-ci refusait de le croire, le poète offrit de lui faire voir et entendre les choses merveilleuses qu'il avait lui-même vues et entendues. Le lendemain, tous deux étant assis devant le feu, le Tasse tourna ses regards

vers une fenêtre, et les fixa avec tant d'attention qu'il cessa de répondre; il ne semblait même plus entendre les questions qu'on lui faisait; bientôt il aperçut son génie familier qui venait l'entretenir, et il voulut le faire voir à son ami : « Je tournai de suite les yeux du côté qu'il m'indiquait, dit Manso; mais j'eus beau regarder, je ne vis que les rayons du soleil qui pénétraient par les verres de la fenêtre dans la chambre. Pendant que je portais mes regards de tous les côtés sans rien découvrir d'extraordinaire, je m'aperçus que le Tasse était occupé à la conversation la plus sérieuse et la plus relevée; car, quoique je ne visse et n'entendisse que lui, la suite de son discours était distribuée comme elle doit l'être entre deux personnes qui s'entretiennent; il proposait et répondait alternativement. Les matières dont il parlait étaient si relevées, le style en était si sublime et si extraordinaire, que la surprise m'avait, en quelque façon, mis hors de moi-même; je n'osais ni l'interrompre ni lui demander où était l'esprit qu'il m'avait indiqué et avec lequel il conversait.

« Emerveillé de ce qui se passait sous mes yeux, je restai assez longtemps dans le ravissement, sans doute jusqu'au départ de l'esprit. Le Tasse m'en tira, en se tournant de mon côté, et me disant : — Êtes-vous enfin dégagé de vos doutes? — Bien loin de là, lui dis-je, ils ne sont que plus forts : j'ai entendu des choses merveilleuses, mais je n'ai rien vu de ce que vous m'aviez annoncé (1). »

Les discussions de Luther avec le diable sont bien connues, et la plupart des auteurs qui ont écrit sur les hallucinations en ont fait mention. On ne peut d'ailleurs conserver de doute sur l'existence de ces fausses perceptions sensorielles, rapportées par Luther lui-même avec les

(1) *Vie du Tasse*, par Manso.

détails les plus précis. C'est ainsi qu'il nous apprend que le diable pose ses arguments d'une manière pressante, et que sa voix est grave et forte. Luther n'eut pas seulement alors des hallucinations de l'ouïe, mais aussi de la vue et du toucher. Il voyait le démon qui se promenait dans sa chambre et le sentait se pendre à son cou.

14. *Hallucinés à deux voix.* Si on observe à leur insu les malades au milieu de leurs monologues, on remarquera souvent qu'ils remuent les lèvres en paraissant écouter, et qu'ils répondent ensuite ; ils font ainsi les demandes et les réponses ; mais les unes sont prononcées à haute voix, et les autres murmurées à voix basse. Il arrive parfois que les choses vont plus loin, et que les demandes et les réponses, comme cela a souvent lieu dans les rêves, sont faites assez haut pour qu'on puisse entendre les unes et les autres. C'était, comme on l'a vu, ce qui se passait dans les hallucinations du Tasse. « La suite de son discours, dit Manso, était distribuée comme elle doit l'être entre deux personnes qui s'entretiennent. Il proposait et répondait alternativement. » J'ai remarqué dans les cas de ce genre que les aliénés affectent deux voix différentes : l'une est la voix ordinaire, l'autre est une sorte de voix gutturale qui rend très difficiles à entendre les mots qui sont prononcés de cette manière. Cette seconde voix devient d'ailleurs d'autant plus claire et plus distincte que le malade est plus excité.

15. *Hallucinations que les malades sembleraient pouvoir reproduire à volonté.* Les hallucinés dont j'ai parlé jusqu'ici n'ont point leurs fausses perceptions d'une manière continue, et lorsque celles-ci ont cessé, il ne dépend pas d'eux de les reproduire. Il est des cas, au contraire, dans lesquels les hallucinations paraîtraient en quelque

sorte être rappelées par la seule influence de la volonté. L'halluciné cause quand il lui plaît avec ses interlocuteurs invisibles, et si vous lui demandez de leur poser telle ou telle question, il écoute pendant un instant, et vous transmet la réponse qu'il a reçue. Telle est l'observation suivante.

Madame G..., âgée de cinquante-trois ans, est entrée à l'hospice de la Salpêtrière, le 5 mai 1835, dans le service de M. Mitivié. Cette malade, qui se croit condamnée à plusieurs années de prison, entend, presque toute la journée, la voix du préfet de police, avec lequel elle a de longues conversations. Un jour je la trouvai plus gaie que d'habitude. Elle m'apprit qu'elle avait joué avec le préfet et lui avait gagné de l'argent. Voici comment cet argent avait été gagné.

La malade prenait au hasard, dans sa poche, un certain nombre de pièces de monnaie. Ensuite, tenant la main fermée, elle attendait que la *voix* du préfet de police eût dit pair ou impair. Quand elle avait bien distinctement entendu l'un des deux mots, alors elle vérifiait le nombre de pièces qu'elle avait dans sa main, et voyait si elle avait gagné ou perdu. Ce jour-là, après avoir ainsi joué longtemps, le préfet était resté en perte, et c'est ce qui causait la joie de la malade.

Jusqu'ici ce fait pourrait ne paraître que bizarre, mais la circonstance suivante le rend important pour la théorie des hallucinations.

Madame G... me fit observer qu'elle n'avait pas toujours joué comme je viens de le dire. Au début, en effet, elle ne prenait pas les pièces de monnaie au hasard et sans les voir. Elle savait au contraire à l'avance le nombre de celles qu'elle avait dans la main, et, chose singulière, le préfet devinait toujours juste; la malade perdait constamment.

Pour jouer avec des chances égales, il a fallu qu'elle prît un nombre de pièces qu'elle-même ignorait, et alors la *voix* du préfet tantôt disait juste et tantôt se trompait.

J'ai fait venir cette malade à l'une de mes leçons cliniques. Elle a joué ainsi à pair ou non devant les élèves, mais elle n'a pas voulu consentir à jouer avec un nombre de pièces connu d'elle à l'avance; autrement, disait-elle, le préfet eût deviné à coup sûr.

Cette femme était-elle réellement hallucinée? N'y avait-il pas dans ce cas un délire d'une nature spéciale bien plutôt qu'une véritable hallucination? C'est ce que j'examinerai plus loin en comparant les faits du même genre qui ont été rapportés par les auteurs.

16. *Hallucinations de l'ouïe chez les malades qui savent plusieurs langues.* Il est curieux d'étudier les hallucinations de l'ouïe chez les malades qui savent plusieurs langues, et de rechercher quelles sont celles dont les interlocuteurs invisibles se servent de préférence. L'ouvrage d'Esquirol contient une observation qui peut servir à éclairer ce point.

« M. N..., âgé de cinquante et un ans, d'un tempérament bilioso-sanguin, ayant la tête grosse, le cou court et la face colorée, était préfet, en 1812, d'une grande ville d'Allemagne qui s'insurgea contre l'arrière-garde de l'armée française en retraite. Le désordre qui résulta de ces événements, la responsabilité qui pesait sur le préfet, bouleversèrent la tête de celui-ci; il se crut accusé de haute trahison, et, par conséquent, déshonoré. Dans cet état, il se coupe la gorge avec un rasoir : dès qu'il a repris ses sens, il entend des *voix* qui l'accusent; guéri de sa blessure, il entend les mêmes *voix*, se persuade qu'il est entouré d'espions, se croit dénoncé par ses domestiques. Ces *voix* lui répètent nuit et jour qu'il a trahi son devoir,

qu'il est déshonoré, qu'il n'a rien de mieux à faire qu'à se tuer : elles se servent tour à tour de toutes les langues de l'Europe, qui sont familières au malade; une seule de ces *voix* est entendue moins distinctement, parce qu'elle emprunte l'idiome russe, que M. N... parle moins facilement que les autres. Au travers de ces différentes *voix*, le malade distingue très bien celle d'une dame qui lui répète de prendre courage et d'avoir confiance. Souvent M. N... se met à l'écart pour mieux écouter et mieux entendre; il questionne, il répond, il provoque, il défie, il se met en colère, s'adressant aux personnes qu'il croit lui parler : il est convaincu que ses ennemis, à l'aide de moyens divers, peuvent deviner ses plus intimes pensées, et faire arriver jusqu'à lui les reproches, les menaces, les avis sinistres dont ils l'accablent; du reste, il raisonne parfaitement juste, toutes ses facultés intellectuelles sont d'une intégrité parfaite. Il suit la conversation sur divers sujets avec le même esprit, le même savoir, la même facilité qu'avant sa maladie.

« Rentré dans son pays, M. N... passe l'été de 1812 dans un château, il y reçoit beaucoup de monde : si la conversation l'intéresse, il n'entend plus les *voix;* si elle languit, il les entend imparfaitement, quitte la société, et se met à l'écart pour mieux entendre ce que disent ces perfides *voix ;* il devient inquiet et soucieux. »

Ce malade fut guéri par Esquirol, et ce qu'il y eut de remarquable, c'est que les hallucinations persistèrent quelque temps après la cessation complète du délire. Cependant elles n'étaient plus continues, et n'avaient guère lieu que le matin aussitôt après le lever. « Mon convalescent, dit Esquirol, s'en distrait par le plus court entretien, par la plus courte lecture, par la promenade ; mais alors il juge ces symptômes comme je les jugeais moi-même, il

les regarde comme un phénomène nerveux, et exprime sa surprise d'en avoir été dupe aussi longtemps (1). »

J'aurai occasion de rappeler plus tard cette observation ; je me borne ici à faire remarquer une particularité curieuse. Une seule *voix*, celle qui emprunte l'idiome russe, est entendue moins distinctement par M. N..., qui en effet parle moins facilement la langue russe que les autres. J'ai interrogé à cet égard plusieurs hallucinés qui savaient en même temps le français et l'anglais, le français et l'allemand, et j'ai trouvé, comme dans le fait qui précède, que les interlocuteurs invisibles se servaient, tantôt d'une langue, et tantôt de l'autre, et le plus souvent de celle qui était la plus familière au malade.

17. *Exaltation des facultés intellectuelles pendant la durée des hallucinations.* Plusieurs auteurs ont avancé que l'intelligence, pendant la durée des hallucinations, peut parfois devenir supérieure à ce qu'elle est dans l'état normal. Sans admettre ce fait, qui est loin d'être prouvé, on doit au moins reconnaître que le malade, comme cela a lieu quelquefois dans les rêves, rencontre dans certains cas d'heureuses inspirations. C'est ce que démontrent les hallucinations du Tasse : « Les matières dont il parlait, dit Manso, étaient si relevées, le style en était si sublime et si extraordinaire, que la surprise m'avait en quelque façon mis hors de moi-même, etc. (13) ». Il n'en était pas ainsi pour les hallucinations de Luther. M. Audin, dans la vie du célèbre réformateur, dit en effet que les réponses aux arguments posés par le diable sont en général assez faibles, et démontrent qu'elles n'étaient pas faites dans un état complet de veille.

J'ai vu pendant plusieurs années à Charenton un prêtre

(1) Esquirol, *Des maladies mentales*, Paris, 1838, t. I, p. 161.

halluciné qui écrivait de longs sermons sous la dictée de saint Michel, ce qui prouvait au moins chez lui, pendant ses hallucinations, une facilité de travail aussi grande que dans l'état normal. J'ai conservé de ce malade plusieurs écrits dictés ainsi par saint Michel ; mais ce sont des lettres, des réclamations, dont le style et les pensées n'offrent rien de remarquable.

18. *Exaltation de la mémoire.* L'exaltation de la mémoire est surtout très prononcée chez beaucoup d'hallucinés. Rien de plus commun que d'entendre ces malades se plaindre que les interlocuteurs invisibles leur racontent une foule de choses qui les concernent et qu'eux-mêmes avaient oubliées. On passe ainsi en revue leurs actions depuis l'enfance, en les rappelant toutes dans les moindres détails. Je n'ai pas besoin d'ajouter que ces révélations jettent les aliénés dans un grand étonnement. Comment, en effet, a-t-on pu être instruit de toutes ces choses? comment, pour me servir de l'expression d'un malade, peut-on ainsi *lire dans leur vie comme dans un livre?* Telles sont, avec beaucoup d'autres, les questions que se font les hallucinés, et dont l'examen les conduit aux conceptions délirantes les plus bizarres.

Un aliéné se plaignait que des ennemis invisibles le tourmentaient par la *physique.* Entre autres persécutions « ils ne cessaient de lui *chuchoter*, de lui *corner* aux oreilles *tout ce qu'il a fait depuis qu'il est au monde;* ils en tirent des insinuations perfides et cherchent à le tromper (1) ».

19. *Hallucinations de l'ouïe reproduisant des sensations vives antérieures.* Les hallucinations de l'ouïe sont quelquefois la reproduction de sensations vives antérieures.

(1) Baudri, *Thèse sur les hallucinations*, p. 21. 1833, n° 255.

J'ai cité plus haut (2) l'observation d'une femme dont le mari fut tué au milieu d'une émeute, et qui plus tard entendait, pendant ses accès de folie, des détonations d'armes à feu, le bruit des carreaux brisés par les balles, etc.

Une jeune fille de quinze ans rencontre dans un lieu désert un homme qui tente de lui faire violence ; devenue aliénée peu de temps après, elle ne cesse d'entendre la voix de cet homme qui la menace et cherche à l'intimider.

M. le docteur Trélat m'a communiqué le fait suivant : Une pauvre mère de famille, n'ayant plus de pain à donner à ses quatre enfants, va implorer pour eux son mari, qui l'avait abandonnée pour vivre avec une autre femme. Il la reçut avec une extrême dureté : Tu ferais mieux, lui dit-il, d'aller te noyer que de venir me tourmenter ; et il la repoussa avec violence. A peine ces mots, Tu ferais mieux d'aller te noyer, ont-ils été prononcés, que cette femme entend une voix qui les répète ; elle fuit, et quelques instants après se jette dans la Seine. Retirée de l'eau et conduite à l'hospice de la Salpêtrière, elle raconte ce qui lui est arrivé, mais ajoute qu'elle a cessé d'entendre la voix qui la poursuivait depuis le moment où elle s'est précipitée.

DES PHÉNOMÈNES SENSORIELS DANS LES HALLUCINATIONS DE L'OUIE.

20. *Nature et intensité des bruits qu'entendent les hallucinés.* Nous avons vu que les hallucinations de l'ouïe au premier degré consistent à entendre non des paroles, mais de simples bruits. Or, la nature et l'intensité de ces bruits est extrêmement variable. Il semble aux malades qu'on frappe à grands coups sur les meubles, ou bien que tout à coup éclatent des détonations d'armes à feu, le roulement

du tonnerre, etc. ; souvent c'est le bruit de plusieurs voix réunies, sans qu'on distingue aucune parole ; quelquefois l'halluciné entend des gémissements, des cris, des rires bruyants, des mugissements de bêtes féroces, etc.

Le malheureux Berbiguier était ainsi poursuivi, surtout au début de sa maladie, par des bruits qui le privaient complètement de sommeil : « Je courais les rues, dit-il, pendant que tous les habitants de la ville fermaient les paupières. Je ne prenais de la nourriture que lorsque le besoin le plus pressant m'en faisait une obligation. Je n'entrais chez moi que pendant le jour ; et comment aurais-je pu me déterminer à y rester pendant la nuit ? C'était alors que le calme était banni de ma chambre, et que dans celle qui était au-dessus *on frappait à coups redoublés* (1). »

Il entendait aussi les miaulements et les aboiements d'une foule de chats et de chiens qui sautaient sur son lit.

J'ai vu, il y a peu de jours, avec le docteur Dewulf, une dame qui a tout à coup perdu la mémoire des faits les plus récents, et chez laquelle le souvenir des choses passées depuis longues années semble au contraire s'être réveillé avec force. Elle n'a plus conscience du lieu où elle se trouve, et se croit à soixante lieues de Paris, dans le pays qu'elle habitait il y a vingt ans. Cette dame a donné à M. le docteur Dewulf le nom du médecin qui la soignait à cette époque ; elle s'entretient de ses enfants comme s'ils étaient beaucoup plus jeunes, et le présent s'est complètement effacé ; elle ne vit plus que dans le passé ; elle parle et agit comme si elle avait vingt ans de moins. A cette singulière altération de la mémoire se joignent des hallucinations de l'ouïe, qui consistent surtout dans des détonations

(1) Berbiguier, *Les farfadets*, 1821, t. I, p. 17.

d'armes à feu qui retentissent près de la fenêtre ou même dans la chambre de la malade.

21. *Hallucinés qui entendent des voix graves et fortes.* Beaucoup d'aliénés se bornent à dire qu'ils entendent parler autour d'eux quand ils sont seuls, sans indiquer autrement la sensation auditive qu'ils éprouvent. Quelquefois cependant ils donnent des détails précis sur les voix de leurs prétendus interlocuteurs. Ces voix sont fortes et sonores, ou bien, au contraire, elles ressemblent à des murmures, à des chuchotements. Voici quelques exemples de ces différentes variétés d'hallucinations de l'ouïe.

« Le 10 septembre 1820, Mlle de B..., âgée de seize ans, d'une constitution avec prédominance nerveuse, étant à la campagne où elle passait habituellement la belle saison, et travaillant dans son salon à un ouvrage de broderie, entendit tout à coup une *voix forte* et *sonore* qui l'appelait, et qui lui sembla retentir dans la pièce où elle se trouvait; elle releva vivement la tête et ne vit personne; quelques instants après, la même *voix* se fit entendre de nouveau. Effrayée, elle se leva précipitamment et sortit de la maison; la *voix* la poursuivit sans relâche. Elle fuit à travers champs; la *voix* la poursuivit toujours... Enfin, sous l'influence de la lassitude et de la frayeur, elle tomba évanouie. La mère et les domestiques, qui étaient accourus, la transportèrent dans l'habitation, où elle ne tarda pas à reprendre connaissance. La même hallucination eut encore lieu à trois reprises dans le courant du même mois, et ne reparut plus (1). »

« Une fille de dix ans, se trouvant dans les champs, non loin de son habitation, entendit une *voix forte* et *grave* qui l'appelait et prononçait d'autres mots qu'elle ne comprenait

(1) Blaud, *Revue médicale*, mai 1842.

pas; elle s'enfuit vers sa mère, qui, pensant qu'on avait voulu l'effrayer, chercha à la rassurer et sortit de la maison; mais elle y fut bientôt rappelée par les cris de l'enfant, qui entendit la même *voix*.

« Toute la famille fut très étonnée, ne pouvant comprendre comment la petite fille seule percevait des sons qui n'arrivaient pas aux oreilles des autres. Des idées de sorcellerie se présentèrent; mais enfin on vint à penser que l'exaltation de l'imagination pouvait produire ce phénomène; cette idée tranquillisa les esprits. Le lendemain et les jours suivants, elle entendit la même *voix* à plusieurs reprises dans le cours de la journée (1). »

Cet état persista pendant une quinzaine de jours, et le 1er mars la malade fut confiée aux soins du docteur Blaud. La guérison eut lieu après dix jours de traitement.

Un malade sortant d'un accès de manie aiguë avait recouvré la conscience parfaite de sa position, mais conservait encore des hallucinations de l'ouïe qui ne tardèrent pas à se dissiper. « Il croit entendre, et cela de la manière la plus distincte, une maîtresse qu'il a laissée à C..., lui parler et chanter dans la cour voisine. La sensation est tellement *forte*, que, tout en la croyant fausse, il est à chaque instant tenté de se lever pour aller s'assurer de ce qui peut la faire naître (2). »

Je rappellerai que Luther, dans les détails qu'il a laissés sur ses hallucinations, indique, entre autres choses, que la voix du diable était *grave* et *forte*.

22. *Voix qui ressemblent à des chuchotements, à des murmures*. Les cas que je viens de citer ne sont pas les plus fréquents, et très souvent les *voix* qui arrivent aux

(1) Blaud, *Revue médicale*, mai 1842.

(2) Lélut, *Démon de Socrate*, Paris, 1836, p. 252.

hallucinés ressemblent, comme je l'ai dit plus haut, à des murmures ou à des chuchotements.

Un aliéné qu'on conduisait à Bicêtre s'était figuré qu'on le portait au cimetière ; il lui semblait qu'on lui avait ouvert le côté, et que tout son sang arrosait la terre. « Mais, dit-il, *une voix mystérieuse* me parlait à l'oreille droite, et me répétait clairement et avec douceur : Ne dis rien, laisse-toi conduire. Je fus très fidèle à cette douce voix ; et bien que mes organes extérieurs fussent frappés par une vision et des odeurs de feu qui m'inspiraient de la terreur, je restai calme au point de contempler tout cela dans un profond recueillement, et je m'assoupis (1).

J'ai déjà rapporté (§ 8) l'observation d'une femme à laquelle une voix mystérieuse donnait aussi des conseils.

Un homme devint aliéné trente ans après avoir commis un vol de peu d'importance. Dès le début, il entendit des *voix* qui lui reprochaient ce vol en *murmurant* ou parlant bas à son chevet (2).

23. *Hallucinés auxquels les interlocuteurs invisibles ne parlent qu'en pensée.* Après ces malades viennent ceux auxquels on parle en *pensée*, qui conversent d'*âme* à *âme* avec des interlocuteurs invisibles, et n'entendent que des *voix secrètes*, *intérieures*, des *voix qui ne font pas de bruit*, etc. Je me borne ici à indiquer ces observations, sur lesquelles je dois revenir plus tard, et qui me paraissent appartenir à un ordre spécial d'hallucinations.

24. *Direction dans laquelle les voix arrivent aux malades.* La direction dans laquelle les *voix* arrivent aux hallucinés, l'éloignement plus ou moins grand de ces voix, sont des

(1) Histoire d'un fou guéri deux fois malgré les médecins, et une fois sans eux.

(2) Lélut, *Démon de Socrate*, p. 295.

points importants à étudier, et nous allons voir qu'il y a sous ce rapport des faits très variés.

Les ennemis qui poursuivent les aliénés d'injures et de menaces sont cachés au-dessus de leur tête, ou bien, au contraire, au-dessous du plafond ; plus souvent les *voix* viennent d'une chambre ou d'une maison voisine ; quelquefois elles sortent d'une cheminée, d'un tuyau de poêle, d'un meuble, ou même du lit dans lequel est couché le malade.

Une aliénée de la Salpêtrière, extrêmement tourmentée par des hallucinations de l'ouïe, se répand à chaque instant en imprécations contre des ennemis qui se tiennent cachés à l'étage supérieur : aussi regarde-t-elle toujours le plafond quand elle exhale ses plaintes.

Une autre femme qui habite dans la même salle entend aussi une *voix* partant de l'étage supérieur ; mais en outre elle prétend que la nuit, quand elle est couchée, on la frappe à grands coups à l'aide de machines. Convaincue que ses persécuteurs sont précisément au-dessus de sa tête, elle a imaginé de changer de position et de coucher la tête au pied du lit. Pour plus de sûreté et pour se garantir des coups, elle se coiffait chaque soir, par-dessus son bonnet, d'une sébile de bois.

Plusieurs malades, avant que leur délire eût été reconnu, avaient provoqué de la part de l'autorité des perquisitions dans les greniers des maisons qu'ils habitaient. L'observation suivante est celle d'un halluciné qui, voyageant dans l'*intérieur* d'une diligence, entendait la voix de son ennemi sur l'*impériale* de la voiture

« En 1831, dit M. A. Gauthier, en me rendant de Lyon à Saint-Amour, nous étions quatre dans la voiture, un ecclésiastique et moi dans le coupé, un officier et une autre personne dans l'intérieur. Cet officier avait récemment

encouru des peines graves; il avait été mis en prison, expulsé de son régiment; il était envoyé à Strasbourg. Il entre fort tranquillement dans la voiture; mais à peine avions-nous fait une demi-lieue, qu'il pousse des cris affreux; il dit qu'on l'insulte, qu'il veut en avoir raison; il appelle le conducteur et fait arrêter la voiture. Il monte avec précipitation sur l'impériale, où il croit entendre la voix d'un nommé Pouzet, avec qui il a eu des démêlés au régiment; il le cherche partout; ne le trouvant pas, il rentre dans la diligence, toujours dans le même état d'agitation; il continue d'entendre la voix de cet individu qui l'injurie, qui lui dit qu'il a été destitué; il s'emporte et veut absolument se battre avec lui. Arrivé à Maximieux à minuit, pendant qu'on change les chevaux, ce malheureux officier descend, tire son épée, et s'écrie : Pouzet, sortez de l'endroit où vous êtes caché, venez vous battre; ces messieurs seront nos témoins. Si vous ne vous montrez pas, et si je vous assassine, on ne pourra s'en prendre qu'à votre lâcheté. Comme Pouzet ne descendait pas, l'officier monte sur l'impériale, enfonce à plusieurs reprises son épée dans les ballots, dans l'intention de percer son ennemi : Mais où se cache-t-il donc? disait-il; je l'entends, le lâche; il m'insulte, et je ne puis le trouver.

« Enfin, il remonte en voiture; mais son état d'agitation et de fureur persiste jusqu'à notre arrivée à Bourg, où nous descendons pour déjeuner. L'ecclésiastique qui était avec nous cherche à le calmer, l'engage à oublier les injures et à pardonner à son ennemi. J'y consens, monsieur l'abbé, dit l'officier; soyez notre médiateur; qu'il se montre, qu'il avoue ses torts, qu'il cesse de m'insulter. Mais ne l'entendez-vous pas, le lâche? il continue de m'injurier, il dit que j'ai été destitué; c'est faux, j'ai seulement été changé de régiment. Pouzet, montrez-vous donc, venez donc vous

battre; si vous ne le faites pas, je dirai partout que vous êtes un misérable, on vous crachera à la figure, on vous arrachera vos épaulettes... Nous lui offrîmes à déjeuner, il ne voulut rien accepter. Cet état d'agitation persista jusqu'à notre arrivée à Lons-le-Saulnier, où il fut conduit à l'hôpital (1). »

Il est plus rare de rencontrer des malades qui entendent des voix sortir de terre. Voici un fait de ce genre que j'ai déjà rapporté dans un autre travail.

D..., âgée de trente-huit ans, est entrée à la Salpêtrière le 18 janvier 1842. Cette femme est tourmentée depuis plusieurs mois par des *voix* qui lui parlent pendant le jour et lui paraissent venir de dessous le plancher. Elle ne conçoit rien à ce qu'elle éprouve, et croit bien que c'est le diable qui la persécute ; mais ce dont elle se plaint le plus, c'est que, dès qu'elle est couchée, on la pique avec des fourchettes, des couteaux, etc.; les douleurs sont si fortes, qu'elle est obligée de sauter du lit ; elle affirme que depuis deux mois elle n'y est pas restée une seule fois pendant une heure de suite.

Un jeune homme de vingt-quatre ans, après s'être livré aux plaisirs de la table, va passer la nuit dans une maison de débauche : « Il y est pris, à côté même d'une fille de joie, d'hallucinations de l'ouïe, qui lui font croire qu'il y a sous son lit d'autres prostituées, avec des hommes, qui doivent les aider à l'assassiner. Il y regarde à différentes reprises, et quoi qu'il n'y aperçoive rien, ses fausses perceptions n'en continuent pas moins. Il avait avec lui des pistolets de voyage, il veut s'en servir pour se défendre. Il ouvre la fenêtre, et appelle la force armée à son secours. On vient, on reconnaît un homme dont l'esprit est troublé.

(1) Bottex, *Essai sur les hallucinations*, Lyon, 1836, p. 28.

On se saisit de lui. Il est conduit à la Préfecture de police, et de là à la division des aliénés de l'hospice de Bicêtre (1). »

Je connais une malade à laquelle il est arrivé plusieurs fois de découdre les matelas de son lit pour y chercher des enfants dont elle entendait les voix pendant la nuit.

Dans beaucoup de cas, ce n'est ni au-dessus de leur tête ni au-dessous du plancher que les aliénés entendent les voix qui les obsèdent, c'est à côté d'eux, dans une chambre ou dans une maison voisine. Il y a peu de temps, j'ai vu une femme démolir à grands coups un tuyau de poêle d'où partait une *voix* qui l'injuriait. Pour peu qu'on observe un certain nombre d'hallucinés, on ne manquera pas d'en rencontrer qui souvent tournent brusquement la tête pour répondre aux interlocuteurs invisibles qu'ils supposent alors être derrière eux.

25. *Distance à laquelle les voix sont entendues par les malades.* La distance à laquelle les aliénés entendent les voix est très variable, comme on a déjà pu le voir dans les faits que j'ai cités ; mais il est remarquable que souvent ces voix paraissent venir de très loin. De là le mot de *porte-voix* qui est en quelque sorte consacré par les malades pour rendre compte de la manière dont ils sont impressionnés.

Une aliénée de la Salpêtrière entendait au delà de l'hospice les *voix* de ses parents qu'on massacrait et qui l'appelaient à leur aide. Quand j'essayais de la dissuader, elle demandait à sortir dans les cours voisines pour prouver qu'elle ne se trompait pas. J'ai plusieurs fois accordé cette permission ; mais les *voix* s'éloignaient à mesure que la malade les poursuivait, et il fallait bientôt rentrer après une épreuve inutile.

Un vieux militaire halluciné voyait, dès que son feu était

(1) Lélut, *Démon de Socrate*, p. 248.

allumé, une foule de personnages à pied ou à cheval qui traversaient la flamme dans tous les sens. A ces hallucinations de la vue succédèrent plus tard des hallucinations de l'ouïe. « Il entendait des *chants lointains*, ou bien il voyait des personnes étrangères se promener dans sa chambre, et disparaître subitement au moment où quelqu'un de sa famille venait à y entrer (1). »

26. *Malades qui n'entendent les voix que par une seule oreille.* Quelquefois les *voix* n'arrivent aux hallucinés que par une seule oreille, alors même qu'il n'y a pas de surdité du côté opposé. J'ai cité plus haut l'observation d'un malade qui entendait par l'oreille *droite* une douce voix qui le rassurait et soutenait son courage (§ 21).

Une femme atteinte de monomanie religieuse percevait par l'*oreille droite* une musique céleste qui l'exaltait au plus haut degré, et qui, comme elle le disait elle-même, la rendait féroce. Cette hallucination cessa tout à coup après une douche dont j'étais loin d'attendre ce résultat, et que j'avais ordonnée comme moyen de répression des violences auxquelles cette malade se laissait entraîner.

Le 22 mars 1706, il se passa à Saint-Maur, près Paris, un fait qui fit grand bruit à cette époque, et que dom Calmet a rapporté avec détail dans son *Traité des apparitions*. Il ne s'agissait de rien moins que d'un esprit qui revenait dans une maison, et tourmentait un jeune homme de vingt-quatre à vingt-cinq ans. Un jour, ce jeune homme vit tout à coup sa porte se fermer seule et se barricader avec les deux verrous; en même temps les deux battants d'une grande armoire s'ouvrirent derrière lui, et rendirent son cabinet un peu obscur, parce que la fenêtre qui était ouverte se trouvait derrière l'un des volets.

(1) Blaud, *Revue médicale*, mai 1842, p. 171.

« Ce spectacle, dit dom Calmet, jeta le sieur S... dans une frayeur plus aisée à imaginer qu'à décrire : cependant il lui resta assez de sang-froid pour entendre à *son oreille gauche* une *voix* distincte qui venait d'*un coin* du cabinet, et qui lui semblait *un pied* environ au-dessus de sa tête, laquelle lui parla en fort bons termes pendant l'espace d'un demi-*miserere*, et lui ordonna, en le tutoyant, de faire certaine chose, sur quoi elle lui a recommandé le secret (1). »

Cette particularité de l'hallucination de l'ouïe ne se produisant que par une seule oreille a été remarquée par M. Calmeil : « Quelques sujets, dit-il, affirment que les sons qu'ils supposent arriver jusqu'à eux sont perçus tantôt par l'oreille droite, tantôt par l'oreille gauche (2). »

27. *Hallucinations de l'ouïe précédées ou accompagnées de bruits de différente nature.* Il n'est pas rare que des bruits de différente nature précèdent ou accompagnent les *voix* qui poursuivent les hallucinés. Ces malades entendent frapper au-dessus de leur tête, sur les meubles, et éprouvent ainsi en même temps ou successivement les hallucinations les plus simples et les plus compliquées. Je ne fais que noter ces faits, qui n'ont pas autrement d'intérêt au point de vue physiologique ; mais je crois devoir appeler l'attention sur des observations qui s'en rapprochent, et dont l'étude m'a paru plus importante.

28. *Hallucinations de l'ouïe précédées ou accompagnées de bruits dans les oreilles.* Il y a des hallucinés chez lesquels les fausses perceptions de l'ouïe sont accompagnées de bourdonnements et de sifflements dans les oreilles, et il

(1) Dom Calmet, *Traité sur les apparitions des esprits et sur les vampires* t. II, p. 371.

(2) Calmeil, art. HALLUCINATION, dans le *Dictionnaire de médecine en 30 volumes*.

m'est démontré que dans certains cas ce phénomène vient, pour ainsi dire, en aide aux hallucinations, avec lesquelles il se confond.

Un malade éprouve tous les matins à son réveil, pendant une demi-heure environ, un bourdonnement d'oreilles, et c'est alors que les *voix* de ses interlocuteurs deviennent plus fortes, et qu'elles atteignent, comme il le dit, leur médium. Quand ce bourdonnement a cessé, les *voix* sont très faibles, et ne sont entendues qu'avec peine.

L'observation suivante est celle d'une malade qui avait un bourdonnement plus fort du côté droit, et chez laquelle les *voix* se faisaient beaucoup plus entendre de ce côté.

Madame L..., fruitière, âgée de quarante et un ans, d'une constitution forte, d'un tempérament sanguin, est née d'une mère atteinte d'une maladie convulsive. Elle-même depuis vingt ans a des convulsions avec perte de connaissance qui reviennent à des intervalles très irréguliers. Depuis un an, céphalalgies fréquentes, étourdissements, bourdonnements dans les oreilles, et surtout dans l'oreille droite. Ces signes de congestion sont aggravés par des excès de boisson, et la malade est obligée d'avoir de temps en temps recours à la saignée.

A la fin du mois de juillet 1841, madame L... éprouve des contrariétés assez vives. Elle commence alors à entendre chaque jour des *voix* peu d'instants après qu'elle est couchée ; c'est le soir et le matin qu'on lui parle dans son lit au moment de s'endormir, ou quand elle se réveille; elle distingue très bien ce qu'on lui dit ; ce sont des menaces, des injures, des accusations ; on va la mettre en jugement, briser ses meubles, etc. Quelques jours se sont à peine écoulés, et ces hallucinations de l'ouïe durent une partie de la nuit. La malade répond aux *voix* et se dispute avec elles. Pendant quinze jours environ les fausses

sensations disparaissent le matin, mais bientôt elles continuent pendant le jour. C'est alors que se croyant poursuivie, madame L... se jette par la fenêtre du premier étage de la maison qu'elle habite; elle était dans ses règles, qui, malgré cet accident, ne furent point arrêtées; trois jours après, elle fut conduite à la Salpêtrière. A son entrée, elle est obligée de s'aliter. L'une des cuisses, par suite de la chute, est tuméfiée et douloureuse; le ventre est très sensible à la pression, et il y a de la fièvre. Cette malade est d'ailleurs très calme, et M. Mitivié, dans le certificat d'entrée, déclare qu'elle ne paraît pas aliénée. Cependant, après quelques jours, on s'aperçoit que madame L..., en apparence si raisonnable, conserve des hallucinations de l'ouïe qui ont lieu le soir et le matin quand elle est couchée. Elle croit que ce sont des gens de son pays, cachés derrière le mur, qui viennent ainsi la tourmenter.

Après quinze jours, les fausses sensations cessent, mais elles reparaissent bientôt à l'époque menstruelle. Cependant elles n'ont plus lieu que le soir et le matin; il n'y en a point pendant le jour. Avec les hallucinations, retour de délire. Madame L... continue d'ailleurs à croire que ce sont des ennemis qui viennent ainsi la tourmenter la nuit.

Depuis le début de la maladie, les *voix* se font beaucoup plus entendre par l'*oreille droite;* c'est également à droite que les bourdonnements sont le plus forts. Vers le 15 octobre, l'oreille de ce côté commence à couler; on trouve, le matin, le bonnet taché, tantôt d'une eau roussâtre, et tantôt d'un peu de sang. Les règles ont reparu le 16 octobre et ont cessé le 19. Les hallucinations continuent d'ailleurs au moment du sommeil et du réveil, et elles existaient encore, quoique plus faibles, lors de la sortie de la malade, le 23 octobre 1841.

Une jeune fille tourmentée par des hallucinations de l'ouïe très compliquées prétend qu'on lui souffle des paroles dans l'oreille. Ce sont, dit-elle, des paroles *soufflées*. Quand on la fait expliquer plus nettement, elle indique qu'elle sent comme un *souffle* ou un *vent* qui lui traverse les oreilles pendant que ses interlocuteurs invisibles lui parlent.

Un homme de soixante-six ans, atteint d'une légère surdité par suite d'une otite chronique, devint aliéné et fut conduit à Bicêtre. Il se plaignait entre autres choses qu'on lui *projetait des gaz contre les oreilles;* bientôt après il entendit des voix qui lui racontaient toutes ses actions depuis son enfance (§ 21) (1).

Une hallucinée, lorsqu'elle entend ses *voix*, assure avoir dans les oreilles comme une montre à répétition.

29. *Dissociation entre les bruits d'oreilles et les hallucinations.* J'ai vu quelquefois une sorte de dissociation s'opérer entre les hallucinations de l'ouïe et les bruits dont je viens de parler.

Une femme affectée de bourdonnements d'oreilles, et tourmentée en même temps par des *voix*, reçoit sur la tête une douche d'eau froide qui l'impressionne très vivement. Dès ce moment, les hallucinations cessent pour ne plus revenir, mais le bourdonnement d'oreilles persiste. Dans d'autres cas le contraire arrive : on voit persister les hallucinations tandis que les bourdonnements ne reparaissent plus. Cette dissociation prouve que les hallucinations de l'ouïe, quoique réunies dans certains cas aux bourdonnements d'oreilles, en restent indépendantes; il arrive alors ce qui a lieu parfois pendant les rêves. Lorsqu'en dormant on croit entendre parler, et qu'en même temps il se fait un bruit continu, mais insuffisant pour provoquer le réveil, on ne

(1) Baudri, ouvrage cité, p. 21.

manque jamais d'ajouter, pour ainsi dire, ce bruit à la *voix* de l'interlocuteur, et de le confondre avec elle ; mais le bruit que l'imagination rattache au rêve est indépendant du rêve lui-même, et ces faits diffèrent des illusions des sens dans lesquelles l'impression externe est le point de départ du phénomène qui ne se produit pas sans elle.

30. *Voix partant de l'intérieur même des organes.* Les malades dont j'ai parlé jusqu'ici prétendent que les *voix* de leurs interlocuteurs viennent de l'extérieur. Ce sont, en effet, les cas les plus fréquents. Il me reste à étudier les faits dans lesquels les hallucinés entendent des *voix* intérieures qui partent de la tête, de la poitrine ou du ventre.

« Je cède, écrivait une mélancolique à Pinel, au désir de rendre compte d'un phénomène dont je me garderais bien de donner connaissance à l'homme peu instruit : il me rirait en face ; mais je le crois digne d'être communiqué à l'observateur philosophe, s'il veut bien se persuader que je respecte trop ses lumières pour vouloir les exercer sur des rêveries. Le matin à mon réveil et le soir avant de m'endormir, les artères de ma tête étant plus vivement agitées, j'entends très distinctement vers le *derrière* ou au *sommet* de la tête une *voix* (je manque d'autre expression ou plutôt je sens que celle-là seule est exacte); cette *voix* rend des sons franchement articulés, construit des phrases qui présentent toujours un sens rarement obscur. Levée sur mon séant, cette *voix* cesse de se faire entendre (1). »

J'ai observé plusieurs malades qui rapportaient aussi le sièges des *voix* au sommet de la tête. Tel était entre autres l'homme de lettres dont j'ai déjà parlé, et qui passa une nuit sur le parapet d'un pont entendant deux *voix*, dont l'une lui conseillait de se noyer, et dont l'autre cherchait à

(1) Pinel, *Nosographie philosophique*, 1re édit., t. II, p. 85.

le rattacher à la vie. Ce malade allait jusqu'à assigner deux sièges différents aux pensées qu'il savait lui appartenir, et à celles qu'il attribuait à ses interlocuteurs. Je *sens*, me disait-il, que mes pensées naissent dans la partie *antérieure* de mon cerveau; mais pendant que je vous parle, une autre conversation se fait au *sommet* de ma tête, et tend à détourner mon attention.

Il faut sans nul doute faire ici la part de l'imagination du malade quand il prétend *sentir* ses pensées naître dans la partie antérieure de son cerveau; mais il n'en faut pas moins tenir compte du siège qu'il assigne à ses fausses perceptions, car ce fait lui est commun avec d'autres hallucinés (1).

Les cas dans lesquels les *voix* partent du pharynx, de la poitrine ou de l'épigastre, méritent une grande attention; il suffit, en effet, de rappeler que ce symptôme n'est pas propre aux hallucinés de nos hospices, mais qu'on le rencontre assez souvent chez les somnambules, les cataleptiques, certaines hystériques, pour prouver qu'il y a là un phénomène spécial qu'on doit étudier avec soin. Ce n'est pas fortuitement que tant de malades, dans des conditions si diverses, rapportent à l'épigastre les *voix* qu'ils entendent;

(1) Cette observation de localisation de la pensée paraîtra peut-être moins étrange si on la rapproche de quelques autres. Donizetti, menacé d'une affection cérébrale, sentait, disait-il, qu'il ne pensait et ne composait plus que par une moitié de la tête. Il lui semblait y avoir comme une cloison qui séparait son crâne en deux parties, dont l'une seulement continuait ses fonctions. Un peintre a éprouvé le même phénomène après avoir pris du hachisch. Enfin, Spurzheim rapporte « qu'un ami de Gall, qui avait le côté droit du front plus haut d'un demi-pouce, *sentait distinctement qu'il ne pensait pas du côté gauche* ».

Le même auteur ajoute qu'il a vu à Dublin un monsieur dont le côté gauche du crâne est moins élevé de quatre lignes, et qui sent aussi qu'*il ne réfléchit pas de ce côté*.

ce n'est pas non plus un fait d'imitation et qu'on doive attribuer à la seule influence de l'imagination.

Une femme, que des accès de mélancolie avec tendance au suicide ont déjà fait conduire plusieurs fois à l'hospice de la Salpêtrière, entendait chanter des cantiques dans son estomac, principalement à l'époque menstruelle, et lorsqu'elle éprouvait à l'épigastre un sentiment de constriction. — Chez une autre aliénée, la voix part de la poitrine; mais c'est surtout lorsque cette malade a des palpitations. — Une maniaque convalescente, et dont le délire avait complètement cessé, continue pendant quinze jours à se plaindre d'une *voix* qui lui parle à l'épigastre. — Dans un autre cas, la voix, qui semblait partir de la poitrine, cessait de se faire entendre quand l'aliéné retenait sa respiration. — Un halluciné que j'ai pu observer pendant plusieurs années à Charenton croyait avoir dans le ventre un ténia qui lui parlait souvent, en empruntant la voix de son frère.

Le fait suivant n'est pas seulement remarquable par le siège que le malade assignait à la voix qu'il entendait, il est encore important par la nature très différente des fausses perceptions sensorielles qui ont eu lieu, et j'aurai sous ce rapport occasion de le rappeler plus tard.

« R... est né de parents sans fortune; son éducation est bien loin d'avoir été religieuse: c'est lui qui me fait remarquer cette circonstance. A six ans, il était obligé de demander son pain pour vivre. Plus tard, il commença à servir en qualité de domestique, et changea souvent de maîtres. A l'âge de quatorze ans, il s'approcha pour la première fois de la table de la communion. A quelque temps de là, il eut la possibilité d'obtenir les faveurs d'une jeune fille, et se retint, en pensant à Dieu. C'est là, en effet, une pensée qui l'a préoccupé dès son enfance, et lui a, en quelque sorte, toujours été présente. Il réflé-

chissait souvent, mais d'une manière vague, aux desseins de Dieu sur lui. Il était frappé, en même temps, des désordres qu'il voyait dans le monde, et en gémissait. Il éprouve, depuis qu'il se connaît, dans la région épigastrique, un sentiment de chaleur et de bien-être qui s'irradie dans tout son individu, et qui, en raison directe de son intensité, le rend plus ou moins plein du sentiment de sa force. A l'âge de dix-huit ans, R... apprend à connaître l'onanisme, et se livre à cet acte, après lequel il ressent du mécontentement et comme des remords. A la même époque il éprouve tout à coup ce qui suit: il lui semble que son intelligence s'agrandit, que toute la suite des phénomènes du monde extérieur se déroule à ses yeux : il aperçoit en quelque sorte d'un coup d'œil, quoique d'une manière peu arrêtée, toute la création. Alors il prend le parti de se rapprocher des autels et de la table de la communion, qu'il n'avait pas fréquentée depuis six ans, et de combattre en lui les mauvais penchants, surtout l'aiguillon de la chair, qui le tourmentait vivement. Il préfère le péché d'Onan à la faute de séduire une fille ou une femme. La vue d'un monde corrompu l'attriste de plus en plus, et son goût pour la solitude augmente. Cela ne l'empêche pas d'apprendre le métier de charron, qui désormais le fera vivre. Son amour du changement de lieux et de relations s'accroît. Il est porté invinciblement vers un but dont il ne se rend pas bien compte. Il lui semble que Dieu l'appelle quelque part. Il parcourt ainsi quelques parties de la France, et enfin vient se fixer à Paris ou dans ses environs. Le jubilé de 1825 a lieu. R... y prend part avec ferveur, va dans les églises, assiste aux prédications des plus éloquents missionnaires. C'est alors qu'il a ses premières révélations; il lui semble qu'à l'épigastre, là où il éprouve le sentiment habituel de chaleur dont j'ai parlé, des paroles se font entendre.

très distinctes, mais non telles que celles qu'on perçoit par l'oreille, et bien faciles à distinguer de ces dernières. Ces paroles, qui forment des prophéties, des paraboles, s'accompagnent d'un sentiment de bien-être plus grand, d'une chaleur qui s'irradie : elles plongent R... dans l'étonnement, dans l'extase, et lui font redoubler ses exercices de piété. L'appétit devient moindre, le sommeil disparaît ; la nuit se passe en prières. Dans une de ces nuits de ferveur, par un temps couvert, pendant une prière, R... voit tout à coup apparaître au milieu des nuages un disque lumineux, gros comme le soleil, mais non point radieux comme lui ; une voix part de ce disque, et dit à R... : Les enfants que je bénirai seront bénis, et ceux que je maudirai seront maudits jusqu'à la troisième et quatrième génération, R..., qui reconnaît la voix de Dieu, entre en communication avec l'être incréé, et lui adresse beaucoup de questions qui n'obtiennent pas toutes des réponses. La conversation dura trois quarts d'heure ; R... commença à y apprendre quels étaient les desseins de Dieu sur lui. En terminant, l'Éternel lui dit d'aller se coucher. Cette vision est la seule qu'il ait eue. Après elle, les révélations augmentèrent et ne discontinuèrent presque plus. Mais les paroles qui lui étaient prononcées dans l'épigastre étaient bien différentes de celles de la vision. Dans cette dernière, en effet, les paroles étaient absolument semblables à celles qu'on entend par l'oreille, ce qui n'a pas lieu dans les paroles (épigastriques) des révélations. La vision a décidé du sort de R... : il est le Messie qui doit venir à la fin des siècles, pour ramener toutes les nations à la même croyance et préparer le jugement dernier. C'est en cette qualité qu'il a commencé à faire des prophéties à ses compagnons de travail, et qu'il a cherché à avoir des conférences avec M. l'abbé M..., prêtre à la cour de Charles X, et avec M. l'archevêque de

Paris. Voyant qu'il ne pouvait arriver jusqu'à ce dernier, il escalada un jour, pendant le service de la messe, la grille du chœur de la métropole, afin, dit-il, de se faire prendre, et de pouvoir faire ainsi connaître les desseins qu'il n'avait pu manifester autrement : cela lui réussit. On le conduisit à la préfecture de police, et de là à la division des aliénés, le 12 décembre 1827 (1). »

Une des possédées de Loudun entendait une voix qui partait du pharynx. La plupart des somnambules magnétiques, dit A. Bertrand, attribuent les prédictions qu'elles font à une voix qui leur parle à l'épigastre.

Nous verrons plus loin que Van Helmont a lui-même éprouvé un phénomène du même genre, sur lequel il s'est appuyé pour soutenir son système de l'archée épigastrique.

31. *Des causes probables qui font rapporter les voix à l'épigastre.* Il serait assurément fort difficile d'expliquer pourquoi les malades rapportent ainsi au pharynx, à la poitrine et à l'épigastre les voix qu'ils entendent : aussi me bornerai-je à faire à cet égard quelques remarques.

Quand nous prononçons mentalement des paroles, ce n'est pas à l'intérieur du crâne, mais bien au pharynx, qu'elles semblent être prononcées. Nous faisons alors involontairement une sorte d'effort comme celui qui a lieu lorsqu'on parle à haute voix. Si l'effort est plus grand, ce n'est plus du pharynx, mais de la poitrine et même du ventre, que les paroles paraissent sortir. Il y a dans ce cas comme un commencement de ventriloquie sans émission de son, ou avec un son si faible, qu'il n'est perçu que par le malade. Parfois, quand celui-ci est excité, on peut entendre au moins en partie les mots qu'il prononce inté-

(1) Lélut, *Démon de Socrate*, p. 286.

rieurement. J'en citerai plus loin un exemple. A un degré de plus, on trouve les hallucinés à deux voix (§ 15).

Les sensations dont la région épigastrique est souvent le siège chez les hallucinés doivent aussi être prises ici en grande considération. Dans le fait observé par M. Lélut, il existait habituellement dans cette région un sentiment de chaleur et de bien-être qui « s'irradiait » dans tout le corps, et quand les révélations avaient lieu, cette chaleur s'accompagnait d'un bien-être plus grand. Il semble dans certains cas de mélancolie que la sensibilité soit concentrée à l'épigastre, et les malades rapportent tout à ce point, même la pensée. Une lypémaniaque observée par Pinel, et dont j'ai déjà parlé plus haut (§ 32), décrit de la manière suivante ce qu'elle éprouve : « C'est, dit-elle, comme si dans mon ventre était placé un ressort auquel tinssent tous les filaments, tous les fibres de ma poitrine, de mon dos, de mes reins, de mes jambes, etc., et qu'une certaine secousse ferait tout mouvoir à la fois... Le principe de tous mes maux est dans mon ventre ; il est tellement sensible, que peine, douleur, plaisir, en un mot toute espèce d'affection morale, ont là leur principe. Un simple regard désobligeant me blesse dans cette partie si sensiblement, que toute la machine en est ébranlée : au même instant chaleurs dans le dos, sueurs aux aisselles, tremblements, etc. Je pense par le ventre, si je puis m'exprimer ainsi. »

Si on suppose dans l'état de rêve, de somnambulisme, d'extase, de catalepsie ou d'hallucination, alors que l'action des sens est suspendue, une pareille concentration de la sensibilité dans la région épigastrique ; si on admet que l'halluciné prononce réellement des paroles la bouche fermée comme le font les ventriloques ; enfin, si on se rappelle que le malade a perdu la conscience que tout cela vient de lui, peut-être concevra-t-on jusqu'à un certain

point ce phénomène en apparence si étrange des *voix* épigastriques.

32. *Hallucinations de l'ouïe chez des sourds.* L'extrême fréquence des hallucinations de l'ouïe chez les aliénés atteints de surdité a déjà été remarquée par plusieurs auteurs, et nos propres observations ne font que confirmer ce qui a été dit à cet égard. Les fausses perceptions sensorielles sont presque constantes chez ces malades. Je vois dans ce moment, à la Salpêtrière, cinq femmes atteintes de surdité à différents degrés, et qui toutes ont des hallucinations de l'ouïe ; l'une d'elles est complètement sourde, et c'est chez elle que les fausses perceptions sont les plus fortes.

Un aliéné sourd, traité à Charenton, nous abordait souvent tout joyeux, assurant qu'il venait d'entendre de magnifiques concerts, ce qui lui donnait l'espérance d'être bientôt guéri de son infirmité. J'ai recueilli dans le même établissement l'observation de l'abbé R..., atteint aussi de surdité, et qui, comme je l'ai dit, écrivait de longs sermons sous la dictée de saint Michel.

On assure que Beethoven, devenu complètement sourd dans les dernières années de sa vie, entendait ses sublimes compositions se répéter dans sa tête d'une manière très distincte. Ces fausses perceptions étaient, dit-on, pour l'illustre vieillard un sujet de consolation.

Il me resterait, avant de terminer, à insister sur la netteté de la perception dans les hallucinations de l'ouïe. Mais les observations que j'aurais à citer trouveront mieux leur place quand nous discuterons la réalité des phénomènes sensoriels, et je ne fais ici que les indiquer, pour n'être pas accusé d'omission.

HALLUCINATIONS DE LA VUE.

Phénomènes intellectuels.

33. *Fréquence des hallucinations de la vue chez les personnes saines d'esprit.* Les hallucinations de la vue sont beaucoup plus rares chez les aliénés que celles de l'ouïe ; mais le contraire a lieu pour les personnes saines d'esprit. Si on parcourt, en effet, les observations de fausses perceptions sensorielles qui se sont manifestées accidentellement sous l'influence d'une émotion très vive ou d'une maladie autre que la folie, on est frappé du nombre des visions par rapport aux hallucinations de l'ouïe. Il semble que ces dernières tiennent à un trouble plus profond qui s'établit plus difficilement. Aussi persistent-elles, en général, très longtemps, et les observe-t-on fréquemment sous la forme chronique; peut-être ce fait est-il susceptible d'explication, et nous y reviendrons plus loin. Je suivrai d'ailleurs ici le même ordre que pour les hallucinations de l'ouïe, et je décrirai séparément les phénomènes intellectuels et les phénomènes sensoriels.

34. *Simplicité des phénomènes intellectuels dans les hallucinations de la vue.* L'étude des phénomènes intellectuels dans les hallucinations de la vue offre beaucoup moins d'intérêt que dans les hallucinations de l'ouïe. Quelque nombreuses que soient dans certains cas les images qui se succèdent devant l'halluciné, les fausses perceptions de la vue ne sauraient jamais atteindre à ce degré de complication et de variété que présentent souvent celles de l'ouïe. Le phénomène de la dualité intellectuelle qui, chez les malades atteints d'hallucinations de l'ouïe, donne lieu à des symptômes si étranges, n'existe plus au même degré

dans les fausses perceptions sensorielles de la vue. Sans doute les images que l'halluciné aperçoit sont un produit de son imagination, et il les attribue à une cause étrangère; mais il y a loin de cet halluciné à celui que trois ou quatre *voix* différentes poursuivent sans cesse de leurs menaces et de leurs injures. On comprend que le rôle de l'imagination est alors beaucoup plus actif. L'étude des phénomènes intellectuels dans les hallucinations de la vue ne nous arrêtera donc que peu de temps.

35. *Hallucinations de la vue reproduisant un seul objet toujours le même pendant un temps plus ou moins long.* Il n'est pas rare de rencontrer des malades qu'obsède plus ou moins longtemps la vue d'un seul objet, toujours le même. C'était, comme on sait, le cas de Pascal, qui, depuis son accident au pont de Neuilly, voyait sans cesse un précipice ouvert à ses côtés.

Il y a quelques années, un médecin distingué de Paris tomba dans une mélancolie profonde, après avoir été longtemps poursuivi par une vision singulière. Il ne pouvait se retourner sans apercevoir à côté de lui une petite vache noire. La persistance de cette hallucination, devenue très fatigante, n'a pas peu contribué à abattre le courage du malade, qui finit par se suicider.

Une couturière, atteinte de lypémanie, avec hallucinations de la vue et de l'ouïe, raconte que pendant plusieurs mois avant son entrée à l'hospice de la Salpêtrière, alors qu'elle n'était point encore malade, il lui était souvent arrivé de voir apparaître son père, ancien militaire, mort depuis longtemps. C'était le plus souvent pendant qu'elle était à travailler que cette apparition avait lieu. Son père se montrait tout à coup avec l'uniforme de capitaine d'infanterie, dont elle distinguait tous les détails. Cette fille pendant son hallucination n'avait d'ailleurs plus

conscience de ce qui se passait autour d'elle. Elle adressait la parole au fantôme, mais n'en recevait pas de réponse. La fausse perception sensorielle persistait parfois pendant près d'une heure. Aussitôt qu'elle avait cessé, la malade reconnaissait très bien avoir été le jouet d'une vision.

Entre tous les exemples de ce genre, un des plus remarquables est celui qui a été rapporté à Walter Scott par un médecin de ses amis. Voici comment le malade lui-même rendit compte de ses hallucinations.

« Mes visions, dit-il, commencèrent il y a deux ou trois ans. Je me trouvai obsédé alors par la présence d'un gros chat qui se montrait et disparaissait sans que je susse trop comment ; mais je ne fus pas longtemps dans l'erreur, et je reconnus que cet animal domestique était le résultat d'une vision produite par le dérangement des organes de la vue ou de l'imagination. Cependant je n'avais pas contre cet animal l'antipathie de ce brave chef des montagnards, mort aujourd'hui, dont la figure prenait toutes les couleurs de son plaid, s'il se trouvait dans la même chambre avec un chat, même quand il ne le voyait pas. Au contraire, je suis plutôt leur ami, et j'endurais avec tant de patience la présence de mon compagnon imaginaire, qu'elle m'était presque devenue indifférente. Mais au bout de quelques mois, le chat disparut et fit place à un spectre d'une nature plus élevée, ou qui du moins avait un extérieur plus imposant. Ce n'était rien moins que la présence d'un huissier de la Chambre, costumé comme s'il eût été au service du lord-lieutenant d'Irlande, ou d'un lord grand commissaire de l'Église, ou de tout autre grand personnage.

« Ce fonctionnaire, portant l'habit de la cour, les cheveux en bourse, une épée au côté, une veste brodée au tambour, et le chapeau sous le bras, glissait à côté de moi comme l'ombre du beau Nash. Soit dans ma propre

maison, soit dans celle d'un autre, il montait l'escalier devant moi, comme pour m'annoncer dans le salon; quelquefois il semblait se mêler parmi la compagnie, quoiqu'il fût évident que personne ne remarquât sa présence, et que je fusse seul témoin des honneurs chimériques que cet être imaginaire semblait désirer me rendre. Ce caprice de mon imagination ne fit pas sur moi une très forte impression; mais il me porta à concevoir des doutes sur la nature de cette maladie, et à craindre les effets qu'elle pouvait produire sur ma raison. Quelques mois après, le spectre de l'huissier fut remplacé par une apparition horrible à la vue, et désolante pour l'esprit..... un squelette. — Seul ou en compagnie, ajouta le malheureux malade, ce dernier fantôme ne me quitte jamais. C'est en vain que je me suis répété cent fois qu'il n'a pas de réalité, et que ce n'est qu'une illusion causée par le désordre de mon imagination et le dérangement des organes de la vue. A quoi servent de telles réflexions quand l'emblème et le présage de la mort sont sans cesse devant vos yeux, quand je me vois, quoiqu'en imagination seulement, le compagnon d'un fantôme représentant un sombre habitant du tombeau, tandis que je repose encore sur la terre? La science, la philosophie, la religion même, n'ont pas de remède pour une telle maladie; et je sens trop sûrement que je mourrai d'un mal si cruel, quoique je ne croie aucunement à la réalité d'un fantôme qui se place sous mes yeux (1). »

Ce fait est particulièrement curieux par la persistance de chacune des hallucinations qui se succédèrent; la maladie, en effet, dura trois ans, et dans cette longue période, l'objet de la vision ne changea que trois fois. D'abord ce fut l'image d'un chat, puis celle d'un huissier de la

(1) Walter Scott, *Histoire de la démonologie*, p. 228.

Chambre, et enfin celle d'un squelette. Cette dernière hallucination, par sa durée, produisit un tel état de mélancolie que la mort en fut bientôt la conséquence.

Peut-être cet halluciné eût-il pu se débarrasser de la vue du squelette qui faisait tant d'impression sur son esprit par le moyen qu'employa un autre malade pour changer un rêve fatigant et qui se reproduisait toujours de même.

« Il y a environ douze ans, dit ce malade, j'eus un accès de fièvre déterminé par une violente fluxion de poitrine du côté gauche dont la cause se rattachait à la grande gelée de 1795. Le pouls battait 110 fois par minute, et la maladie, qui dura plusieurs semaines, fut accompagnée de perceptions désordonnées pendant tout son cours. La première nuit, qui suivit l'accès de fièvre, j'eus un rêve fatigant; je me croyais au milieu d'un immense système de combinaisons mécaniques dont toutes les parties tournaient avec un grand bruit et une extrême rapidité; j'avais en même temps la conviction que le but de cette étourdissante opération était de guérir ma maladie.

« Lorsque l'agitation fut arrivée à un certain degré, je m'éveillai en sursaut, puis je retombai aussitôt dans l'assoupissement, et j'eus la répétition du même rêve. Ces alternatives s'étant reproduites à diverses reprises, je pensai que si je pouvais détruire l'impression existante, la forme du rêve changerait. La meilleure manière d'y parvenir me parut être de lier dans mon esprit quelque objet visible à l'idée de guérison. Le succès couronna ma tentative; car, dans l'accès suivant, le souvenir d'une bouteille que j'avais d'avance fixé dans mon esprit se présenta de lui-même; la rotation cessa, et mes rêves, quoique troublés par des idées disparates, furent plus variés et moins pénibles (1). »

(1) Brierre de Boismont, *Des hallucinations*, Paris, 1845, p. 288.

36. *Hallucinations reproduisant des objets très variés.* Les faits dans lesquels les images se reproduisent isolées et toujours les mêmes ne sont pas les plus communs. Dans la majorité des cas, des objets très variés se succèdent sous les yeux de l'halluciné, non seulement d'un jour à l'autre, mais encore dans un accès qui ne se prolonge pas au delà de quelques instants. C'est ce qui avait lieu chez l'aïeul de Charles Bonnet.

« Je connais, dit Bonnet, un homme, plein de santé, de candeur, de jugement et de mérite, qui, en pleine veille, et indépendamment de toute impression du dehors, aperçoit de temps en temps devant lui des figures d'hommes, de femmes, d'oiseaux, de bâtiments, etc. Il voit ces figures se donner différents mouvements, s'approcher, s'éloigner, fuir, diminuer et augmenter de grandeur, paraître, disparaître, repartir, reparaître. Il voit des bâtiments s'élever sous ses yeux, et lui offrir toutes les parties qui entrent dans la construction intérieure; les tapisseries de ces appartements lui paraissent se changer en tapisseries d'un autre genre et plus riches.

« D'autres fois, il voit les tapisseries se couvrir de tableaux qui représentent différents paysages; un autre jour, au lieu de tapisseries et d'ameublements, ce ne sont que des murs nus, et qui ne lui présentent qu'un assemblage de matériaux bruts... Toutes ces peintures lui paraissent d'une netteté parfaite, et l'affectent avec autant de vivacité que si les objets eux-mêmes étaient présents; mais ce ne sont que des peintures, car les hommes et les femmes ne parlent point, et aucun bruit n'affecte son oreille. La personne dont je parle a subi en différents temps et dans un âge avancé l'opération de la cataracte aux deux yeux. Le grand succès qui avait d'abord suivi cette opération ne se serait sans doute point démenti si le

vieillard avait ménagé sa vue. Mais ce qu'il est important de remarquer, c'est qu'il ne prend point, comme les visionnaires, ses visions pour des réalités; il sait juger sainement de toutes ses apparitions et redresser ses premiers jugements. Ces visions ne sont pour lui que ce qu'elles sont en effet, et sa raison s'en amuse. Il ignore d'un moment à l'autre l'apparition qui s'offrira à lui; son cerveau est un théâtre dont les machines exécutent des scènes qui surprennent d'autant plus le spectateur qu'il ne les a pas prévues (1). »

M. Lelorgne de Savigny, tourmenté depuis vingt ans par une maladie dont les hallucinations de la vue forment un des principaux symptômes, cite, parmi les visions qu'il éprouve, et comme une des plus fréquentes : « La vue d'une voûte spacieuse formée d'innombrables faces humaines, toutes également expressives, prenant je ne sais, dit-il, quel air inflexible, et fixant sur moi des regards sinistres (2). »

C'est chez les monomanes religieux et les extatiques qu'il faut chercher les exemples d'hallucinations de la vue les plus compliquées. C'est alors que l'imagination déploie pour ainsi dire toutes ses richesses et qu'elle enfante les plus merveilleux tableaux. Une femme de la Salpêtrière voit tout à coup descendre du ciel un vaisseau lumineux, sur lequel Dieu lui apparaît entouré de toute la cour céleste. — Un halluciné, qui a déjà eu plusieurs accès pour lesquels il a été conduit à Bicêtre, éprouve pendant sa maladie les visions les plus variées : il voit passer successivement sous ses yeux les générations futures, et se dérouler devant lui les plus magnifiques paysages (3).

(1) Bonnet, *Essai analytique sur l'âme*, ch. XXIII, p. 426.
(2) *Annales médico-psychologiques*, t. IV, p. 314.
(3) Histoire d'un fou guéri deux fois malgré les médecins et une fois sans eux.

37. *Rapport des visions avec les préoccupations actuelles des malades.* Nous avons déjà signalé (§ 6) les rapports des hallucinations de l'ouïe et des préoccupations des malades : or, les mêmes rapports existent entre les idées dominantes et les visions. C'est le plus souvent l'image de la personne qui occupe notre pensée pendant le jour que nous apercevons la nuit dans nos rêves; c'est aussi celle qui nous apparaît sous forme d'hallucination : c'est la Vierge, le Christ ou les anges que voient les monomanes religieux; c'est le diable, au contraire, qui se montre au démonomaniaque. Les fausses perceptions de la vue, comme celles de l'ouïe, reflètent donc souvent le délire partiel.

On voit dans l'observation suivante les préoccupations du malade se traduire par une hallucination passagère des plus curieuses.

« Un jeune homme s'occupait beaucoup de projets de canalisation. Un jour, qu'après avoir concentré profondément son attention sur ce sujet, il marquait sur une carte géographique le trajet d'un canal qui devait passer dans son pays, *tout à coup* il vit une brochure couverte en jaune, avec cette inscription : *Projet d'ouverture d'un canal dans les plaines de la Sologne. Il y lut pendant quelques minutes des idées qui confirmaient les siennes,* puis la brochure fantastique disparut, et il continua son travail (1). »

Un aliéné de Bicêtre, atteint de manie, chantait pendant la nuit; l'infirmier qui couchait près de lui, après l'avoir vainement engagé à se taire, en vint à le menacer. « A chaque menace, dit le malade, je voyais à la lueur de la veilleuse s'élancer du lit de cet infirmier des formes d'hommes qui n'étaient pas lui, et ces formes se multi-

(1) Baudri, ouvrage cité, p. 11.

pliaient selon ses paroles. Ces formes noires et rouges de feu s'élançaient hors de son lit par la tête *avec une précipitation proportionnée à la rigueur de la menace*; elles accouraient jusqu'à mon lit, puis, comme surprises d'étonnement, elles reculaient, toujours menaçantes, jusqu'au pied du lit, ayant l'air de quelqu'un qui veut s'habiller à la hâte. Je les voyais s'enfoncer dans l'abîme, et mon gardien se rendormait (1). »

Ces ombres qui s'élançaient vers le malade comme pour le frapper étaient en quelque sorte la matérialisation des menaces du gardien que l'aliéné s'attendait à chaque instant à voir se lever et se précipiter sur lui. Il serait difficile de trouver un exemple plus singulier du rapport de la pensée et de l'hallucination.

Les fausses perceptions de la vue sont parfois produites par le remords. On sait que l'image de la victime a souvent poursuivi le meurtrier dans ses rêves; mais il est arrivé aussi qu'elle lui est apparue pendant la veille. Tel est l'exemple suivant, que je choisis entre ceux qui ont été rapportés par les auteurs.

Manouri, chirurgien à Loudun, avait été chargé d'examiner, comme expert, le malheureux Grandier, et de constater sur son corps les marques ou les cicatrices que l'on considérait comme des signes diaboliques. Non seulement il contribua par son rapport à l'inique condamnation du curé de Loudun, mais il fit preuve de la plus insigne cruauté en répétant l'épreuve de la sonde, qu'il enfonçait dans les chairs du patient. Le remords finit par provoquer chez Manouri une hallucination de la vue qui lui causa une telle frayeur et produisit chez lui un tel bouleversement, qu'il succomba quelques jours après. Voici d'ailleurs

(1) Histoire d'un fou guéri deux fois malgré les médecins et une fois sans eux.

comment sa mort est racontée dans l'*Histoire des diables de Loudun* : « Un soir, sur les dix heures, revenant d'un des bouts de la ville visiter un malade, et marchant de compagnie avec un autre homme et son frater, qui portait une lanterne devant eux, lorsqu'il fut au milieu de la ville, dans une rue nommée le Grand-Pavé, entre les murailles du jardin du couvent des Cordeliers et les dehors du château, il s'écria tout à coup, et comme en sursaut : Ah! voilà Grandier! Que me veux-tu? Et il entra dans un tremblement et une frénésie dont les deux hommes qui l'accompagnaient ne le purent faire revenir; ils le ramenèrent à la maison, toujours parlant de Grandier, qu'il croyait avoir devant les yeux, et se remit au lit, saisi de la même frayeur et avec le même tremblement. Il ne vécut plus que quelques jours, pendant lesquels son état ne changea pas. Il mourut en croyant toujours voir Grandier, et en tâchant de le repousser pour en éviter l'approche et en proférant des discours terribles (1). »

38. *Hallucinations de la vue reproduisant des sensations vives antérieures.* Les hallucinations de la vue ne sont souvent que la reproduction de sensations vives antérieures. J'ai rapporté dans un autre travail l'exemple suivant, emprunté aux leçons de M. Pariset : Un général qui a rempli le monde de son nom se laissa un jour, dans un combat, entraîner au milieu des ennemis. Éloigné des siens, entouré de toutes parts, il allait périr. Il parvint cependant à se dégager sain et sauf; mais l'impression qu'il avait reçue au moment du danger avait été profonde et devait laisser des traces. Depuis lors ce général, monté sur un trône, a éprouvé à certains intervalles une hallucination très singulière. Tout à coup, au milieu du silence du

(1) *Histoire des diables de Loudun*, p. 377, Amsterdam, 1737.

palais, on l'entendait pousser de grands cris ; il se débattait avec effort comme un homme attaqué. Cela ne durait qu'un instant. C'était la scène du combat qui se représentait à sa vue. M. Pariset ajoutait que les progrès de l'âge avaient affaibli cette fausse sensation, devenue d'ailleurs de plus en plus rare.

Un médecin, que ses travaux ont rendu célèbre, avait été frappé, au début de ses études médicales, de la vue du cadavre d'un enfant à demi rongé par les vers. Le lendemain, à son réveil, il aperçut tout à coup ce cadavre. « Il était bien là, dit-il, je sentais son odeur infecte, et j'avais beau me dire qu'il était impossible qu'il en fût ainsi, cette hallucination dura un quart d'heure. »

« Un jeune homme natif de l'île Sainte-Lucie, et qui a demeuré il y a quelques années à Paris, se trouva un jour seul dans une forêt de son pays. Pendant qu'il marchait, il s'aperçut tout à coup que son chapeau venait d'être jeté à terre. Aussitôt il regarda au-dessus de lui, et vit un énorme serpent suspendu à une branche ; à cette horrible vue il s'évanouit. Depuis cet événement, telle est dans son esprit la liaison de l'idée de forêt et de celle de serpent, qu'aussitôt qu'il se trouve au milieu d'arbres élevés et touffus, il revoit le redoutable reptile et se sent encore prêt à tomber en syncope (1). »

Dans l'hallucination qui poursuivit si longtemps Pascal, et que j'ai rappelée plus haut, il n'y avait également, comme dans les exemples précédents, que la reproduction d'une sensation vive antérieure. Il voyait en effet un précipice sans cesse ouvert à ses côtés, depuis le jour où il avait failli être précipité dans la Seine au pont de Neuilly.

(1) Prus, *Revue médicale*, septembre 1843.

DES PHÉNOMÈNES SENSORIELS DANS LES HALLUCINATIONS DE LA VUE.

39. *L'étude des phénomènes sensoriels est plus facile et plus importante dans les hallucinations de la vue que dans celles des autres sens.* J'ai cherché à démontrer que les hallucinations de l'ouïe sont surtout importantes à étudier sous le rapport des phénomènes intellectuels. Celles de la vue offrent au contraire plus d'intérêt pour l'appréciation des phénomènes sensoriels. Ce sont elles, en effet, qui devront pour ainsi dire servir de type et fournir les principaux éléments de la discussion, quand il s'agira de la nature même des hallucinations. Les malades qui entendent des voix accordent bien moins d'attention à ces voix elles-mêmes qu'aux menaces ou aux révélations. Il en est autrement pour les visions. Rien ne distrait l'halluciné de l'image qu'il a devant les yeux ; il peut l'étudier dans tous ses détails, et plus tard la décrire avec précision. Je rappellerai d'ailleurs ce que j'ai dit plus haut de la fréquence de ces fausses perceptions chez les personnes saines d'esprit, et capables par cela même de donner des renseignements précieux sur la manière dont elles ont été impressionnées.

40. *Détails donnés par les hallucinés sur les objets de leurs visions.* Si l'on parcourt les observations d'hallucinations de la vue disséminées çà et là dans les auteurs, on sera souvent surpris de la netteté des détails qu'elles contiennent, et l'on comprendra combien a dû être vive une sensation qui a laissé des souvenirs aussi précis. Ces détails sont d'autant plus importants pour la physiologie, que souvent ils ont été, comme on le verra, donnés par des malades que la nature de leurs études rendait très propres à bien analyser leurs impressions.

En 1832, des fouilles ordonnées par la ville firent découvrir, dans l'ancien couvent des Cordeliers, plusieurs tombes contenant chacune un squelette plus ou moins bien conservé. Un étudiant en médecine, qui assistait à ces fouilles, obtint des ouvriers d'emporter une assez grande quantité d'ossements qu'il suspendit aux murs de sa chambre. Deux jours après, rentrant chez lui assez tard, il éprouva un mouvement d'effroi qu'il essaya de vaincre en fumant et en prenant un peu d'eau-de-vie; puis il se jeta sur son lit et s'endormit. Bientôt il fut réveillé par une douleur au poignet et par un bruit confus de paroles et de gémissements; puis il vit, au clair de la lune qui pénétrait dans sa chambre, se dessiner deux files d'hommes vêtus de robes d'un blanc gris. « Leurs figures, dit-il, avaient l'éclat brillant de l'argent; leurs yeux, fixés sur moi avaient un aspect sinistre; par moments ils se regardaient d'une manière lamentable. Je me crus livré à un affreux cauchemar, mais j'étais bien éveillé, car j'entendis une voiture passer dans la rue, et l'heure sonner à l'horloge de Saint-Séverin. Je distinguais tous les détails de l'apparition. Je voulus m'élancer dans la chambre, mais je me sentis retenu par le poignet. Je levai la tête, et j'aperçus près de moi un homme d'une haute stature, vêtu en ecclésiastique, portant un livre à la main gauche; sa figure pâle était pleine de dignité. J'essayai de parler; mes idées se confondaient dans un sentiment de rage, de désespoir et d'effroi. Pendant longtemps ces hommes se parlèrent à voix basse. On me lâcha en m'adressant un discours où je ne distinguai que les mots : *Curiosité*, *infâme*, *clémence*, *sacrilège*, *jeunesse*...

» Je sautai hors du lit, et j'allai ouvrir ma fenêtre; j'avais une forte envie de me précipiter dans la cour : cependant la fraîcheur de la nuit me rappela à la vie réelle. Je tournai

les yeux vers mon lit, je m'y vis couché ; l'ecclésiastique me tenait toujours le bras, et je jugeai qu'il me parlait au mouvement de ses lèvres. Les deux files d'hommes, qui avaient l'apparence de moines, étaient à leur place, et dès ce moment ma frayeur se dissipa. Je restai au moins une heure à considérer cette scène étrange ; à quatre heures je regagnai mon lit ; le jour commençait à poindre. L'abbé me prit le poignet avec une sorte de bienveillance ; la main devenait plus froide à mesure que le crépuscule augmentait. Je distinguai alors comme une masse confuse d'hommes qui s'agitaient dans un rayon de la lune ; j'entendis des portes s'ouvrir et se fermer, puis un voile s'étendit sur mes yeux, et je m'endormis profondément. Le matin, à mon réveil, j'éprouvais encore une vive douleur au poignet, et la fenêtre de ma chambre était ouverte comme je l'avais laissée. Il me semblait que je venais d'échapper à un grand péril (1). »

On peut juger ici de la vivacité et de la netteté de l'hallucination par la description même qu'en fait le malade. Les figures étaient brillantes comme de l'argent ; les yeux avaient une expression sinistre ; les robes étaient d'un blanc gris ; l'ecclésiastique, qui apparaît plus tard, tenait un livre de la main gauche ; sa figure était pâle et pleine de dignité, etc.

Un halluciné dont l'observation sera rapportée plus loin, voyait si distinctement les figures se succéder devant lui, qu'il croyait, dit-il, lire dans l'âme qui les animait. Parfois les hallucinations laissent des souvenirs si vifs que tous les détails en sont encore présents après plusieurs années.

Un malade entre autres visions, aperçut une fois pendant la nuit *d. ux bras* qui descendaient du plafond de sa chambre

(1) Chardel, *Essai de psychologie physiologique*, 3e édit., p. 397.

éclairée par la lumière de la lune. « Ces bras, remarquables par le développement des muscles, étaient, dit-il, plus blancs que l'argent le plus pur et que la nacre la plus fine ; et lorsqu'ils furent joints sur le parquet, où ils se dessinaient, non par des lignes, mais en *plein*, car je voyais *les muscles se mouvoir*, je vis qu'un anneau les unissait, le poing étant fermé, et cet anneau était passé à chacun au doigt du milieu jusqu'à la paume de la main (1). »

D'après Burdach, qui a pu étudier sur lui-même le phénomène des images fantastiques au moment du sommeil, « ce sont tantôt de simples croquis, tantôt des figures ombrées ; ici les images sont brillantes et colorées, là elles se détachent sur un fond terne et parfois aussi clair (2). »

Les objets sont loin de se dessiner toujours avec la netteté signalée dans les observations précédentes, et beaucoup de malades font au contraire remarquer qu'ils leur apparaissent comme à travers un voile ou une gaze très fine.

Un aliéné déclare que les images lui semblent formées par une *vapeur condensée*, et quand son hallucination cesse, il voit ces images se dissoudre.

Une démonomaniaque, voulant faire comprendre ce qu'elle éprouve, me dit que le diable lui apparaît comme transparent; il lui semble qu'il n'y a *rien à toucher*.

Un malade dont M. Lélut a rapporté l'observation voyait des personnes qui lui paraissaient très légères, comme faites de carton et remplies de vent; il ajoutait que peut-être c'était là leur nature.

J'ai pu moi-même, sous l'influence du hachisch, étudier

(1) Histoire d'un fou guéri deux fois malgré les médecins et une fois sans eux.

(2) Burdach, *Traité de physiologie*, traduct. de Jourdan. Paris, 1839, t. V, p. 206.

toutes ces nuances dans l'intensité des images. Ainsi je voyais très nettement de longues voûtes avec de petits encadrements colorés, dans lesquels se dessinaient des figures; je me souviens aussi qu'il y avait près de mon lit une personne dont l'image se répétait cinq ou six fois; mais je n'apercevais que les contours linéaires, ce n'étaient pour ainsi dire que des *ombres;* j'ai compris dès ce moment pourquoi les malades se servent si souvent de ce mot pour rendre leurs impressions.

40. *Mouvements, changements de dimension et transformation des objets.* Les personnages qui apparaissent aux hallucinés sont immobiles, ou bien au contraire ils marchent ou même courent silencieusement devant les malades.

Il y a peu de temps, j'observais dans une cour de la Salpêtrière une femme qui semblait poursuivre quelqu'un en tenant les bras écartés d'une façon singulière. Cette femme voyait son fils reculant devant elle; elle s'efforçait de l'atteindre pour lui passer une chemise, qu'elle croyait tenir écartée avec ses bras afin de la mettre plus facilement.

Ces mouvements des personnages aperçus par l'halluciné sont d'ailleurs plus ou moins rapides selon des circonstances qu'il est impossible d'apprécier; mais il est à remarquer que dans plusieurs cas ils deviennent de plus en plus lents à mesure que l'hallucination tend à se dissiper.

Un courtier de commerce, à la suite d'excès de boissons et d'un accès d'épilepsie, fut pris d'hallucinations de la vue; il croyait que des pièces de monnaie lui sortaient de la bouche, *il les voyait rouler* et courait après elles dans la salle (1).

(1) Baudri, ouvrage cité, p. 19. Esquirol parle d'un halluciné qui voyait des abeilles lui sortir de la bouche.

Il n'est pas rare aussi que les objets changent de dimension. Tantôt les figures grandissent ou grossissent indéfiniment jusqu'à ce qu'elles se dissipent; ou bien au contraire elles se rapetissent par degrés et semblent se perdre dans la terre. L'observation suivante est une des plus curieuses qu'on puisse citer sous ce rapport.

Un ancien employé, qui d'ailleurs ne délirait sur aucun sujet, était tourmenté tous les jours, à une certaine heure, par une vision singulière: il apercevait tout à coup une araignée suspendue à un fil. Il la voyait grandir progressivement devant ses yeux, et enfin remplir toute sa chambre, qu'il était obligé de quitter pour ne pas être étouffé par cet horrible et gigantesque animal. Il reconnaissait que sa vue le trompait; mais il ne pouvait résister à cette illusion ni surmonter l'effroi qu'elle lui inspirait (1).

Les fausses perceptions sensorielles subissent quelquefois les plus étranges transformations; le changement dans ce cas se fait graduellement. L'image que l'halluciné a devant les yeux pâlit peu à peu, et bientôt une autre se dessine et la remplace. Ce n'est point alors une succession d'objets, mais bien plutôt une véritable transformation; c'est au moins ce qui résulte des détails donnés par plusieurs malades et de mes propres observations.

41. *Manière dont les objets apparaissent et disparaissent; temps pendant lequel ils persistent.* Le mode de formation des images et la manière dont elles se dissipent sont des points très intéressants de l'étude des hallucinations de la vue.

Le plus souvent, le phénomène se produit tout à coup, et si on parcourt les observations publiées par les auteurs, on verra que c'est ordinairement ainsi que les hallucinés

(1) Bayle, *Revue médicale*, 1825, t. I, p. 34.

rendent compte du début de leurs visions. Il faut d'ailleurs distinguer, pour le mode de formation des images, les hallucinations passagères et celles qui se prolongent et se succèdent au moins pendant plusieurs instants. Dans ce dernier cas, les objets n'apparaissent souvent que graduellement et pour ainsi dire partie par partie. Les figures, dit un malade, ne semblent être bien distinctes que dans un second temps et comme si elles eussent traversé un nuage avant de se faire voir dans tout leur éclat.

La manière dont les images se dissipent a été beaucoup mieux décrite par les hallucinés, et je ne puis mieux faire que de citer ici l'observation si remarquable du libraire Nicolaï, de Berlin.

« Pendant les derniers mois de l'année 1790, raconte cet académicien, j'avais eu des chagrins qui m'avaient profondément affecté. Le docteur Selle, qui avait coutume de me tirer du sang deux fois par année, avait jugé convenable de ne pratiquer cette fois qu'une seule émission sanguine. Le 24 février 1791, à la suite d'une vive altercation, j'aperçus tout à coup, à la distance de dix pas, une figure de mort. Je demandai à ma femme si elle ne la voyait pas; ma question l'alarma beaucoup, et elle s'empressa d'envoyer chercher un médecin; l'apparition dura dix minutes. A quatre heures de l'après-midi, la même vision se reproduisit: j'étais seul alors. Tourmenté de cet accident, je me rendis à l'appartement de ma femme : la vision m'y suivit. A six heures, je distinguai plusieurs figures qui n'avaient point de rapport avec la première.

» Lorsque la première émotion fut passée, je contemplai les fantômes, les prenant pour ce qu'ils étaient réellement, les conséquences d'une indisposition. Pénétré de cette idée, je les observai avec le plus grand soin, cherchant par quelle association d'idées ces formes se présentaient à

mon imagination; je ne pus cependant leur trouver de liaison avec mes occupations, mes pensées et mes travaux. Le lendemain, la figure de mort disparut; mais elle fut remplacée par un grand nombre d'autres figures représentant quelquefois des amis, le plus ordinairement des étrangers. Les personnes de ma société intime ne faisaient point partie de ces apparitions, qui étaient presque exclusivement composées d'individus habitant des lieux plus ou moins éloignés. J'essayai de reproduire à volonté les personnes de ma connaissance par une objectivité intense de leur image; mais, quoique je visse distinctement dans mon esprit deux ou trois d'entre elles, je ne pus réussir à rendre extérieure l'image intérieure, quoique auparavant je les eusse vues involontairement de cette manière, et que je les aperçusse de nouveau quelque temps après lorsque je n'y pensais plus. Ma disposition d'esprit me permettait de ne pas confondre ces fausses perceptions avec la réalité.

» Ces visions étaient aussi claires et aussi distinctes dans la solitude qu'en compagnie, le jour que la nuit, dans la rue que dans la maison; elles étaient seulement moins fréquentes chez les autres. Quand je fermais les yeux, elles disparaissaient quelquefois, quoiqu'il y eût des cas où elles fussent visibles; mais dès que je les ouvrais, elles reparaissaient aussitôt. En général, ces figures, qui appartenaient aux deux sexes, semblaient faire fort peu d'attention les unes aux autres et marchaient d'un air affairé comme dans un marché; par moments cependant on aurait dit qu'elles faisaient des affaires ensemble. A différentes reprises, je vis des gens à cheval, des chiens, des oiseaux. Il n'y avait rien de particulier dans les regards, la taille, les habillements de ces figures, qui paraissaient seulement un peu plus pâles que dans leur état naturel.

» Environ quatre semaines après, le nombre de ces apparitions augmenta; je commençai à les entendre parler; quelquefois elles conversaient entre elles, le plus ordinairement elles m'adressaient la parole; leurs discours étaient courts et généralement agréables. A différentes époques, je les pris pour des amis tendres et sensibles qui cherchaient à adoucir mes chagrins.

» Quoique mon esprit et mon corps fussent, à cette époque, en assez bon état, et que ces spectres me fussent devenus si familiers qu'ils ne me causaient plus la moindre inquiétude, je cherchais cependant à m'en débarrasser par des remèdes convenables. Il fut décidé qu'une application de sangsues me serait faite, ce qui eut effectivement lieu le 20 avril 1791 à onze heures du matin. Le chirurgien était seul avec moi; durant l'opération, ma chambre se remplit de figures humaines de toute espèce; cette hallucination continua sans interruption jusqu'à quatre heures et demie, époque à laquelle ma digestion commençait. Je m'aperçus que les mouvements de ces fantômes devenaient plus lents. Bientôt après ils commencèrent à pâlir, et à sept heures ils avaient pris une teinte blanche; leurs mouvements étaient très rapides, quoique leurs formes fussent aussi distinctes qu'auparavant. Peu à peu ils devinrent plus vaporeux, parurent se confondre avec l'air, tandis que quelques parties restèrent encore visibles pendant un temps considérable. A environ huit heures, la chambre fut entièrement débarrassée de ces visiteurs fantastiques.

« Depuis cette époque, j'ai cru deux ou trois fois que ces visions allaient se montrer, mais rien de semblable n'a eu lieu (1). »

Cette observation contient plusieurs faits importants et

(1) Brierre de Boismont, ouvrage cité, p. 39.

sur lesquels j'aurai occasion de revenir; je me bornerai ici à faire remarquer les curieux détails donnés par Nicolaï sur l'espèce de période décroissante qui a précédé la disparition complète des images. Les mouvements des figures ont commencé par devenir plus lents, puis elles ont pâli, enfin elles ont paru comme vaporeuses et se sont confondues avec l'air. Il importe encore de noter la persistance isolée et assez longue de certaines parties des images, car rien ne semble attester à un plus haut degré l'action des organes des sens.

Quant à la durée de l'hallucination, elle n'a rien de fixe; chez tel malade elle est à peine de quelques secondes; chez tel autre, au contraire, les fausses perceptions sensorielles continuent pendant plusieurs mois ou même plusieurs années. Je dois aussi faire remarquer que le phénomène, lorsqu'il persiste longtemps, offre le plus souvent des intermittences d'une durée variable. C'est ce qui avait lieu entre autres chez l'aïeul de Charles Bonnet; on a vu d'ailleurs dans la description des phénomènes intellectuels que le même objet se reproduit parfois pendant plusieurs mois, ou bien au contraire que la succession des images est très variée.

12. *Influence de la lumière. Abaissement des paupières.* — Nicolaï avait indifféremment ses hallucinations le jour et la nuit. Les objets disparaissaient quelquefois quand il fermait les yeux, et reparaissaient s'il les ouvrait. Les choses, sous ce rapport, ne se passent pas toujours de la même manière. Chez beaucoup de malades, les visions se produisent uniquement dans l'obscurité, et la lumière les dissipe presque aussitôt. Il en fut ainsi pendant plus de quatre mois chez un médecin, qui finit par tomber dans un état d'aliénation mentale, et dont l'observation offre d'ailleurs quelques autres particularités intéressantes.

M. G..., âgé de trente-six ans, docteur en médecine, est né d'une mère bizarre et d'un père qui était sujet à des attaques de nerfs. Lui-même est d'un caractère original. Il a toujours été tourmenté par de violentes céphalalgies, et a eu plusieurs fois des fièvres intermittentes compliquées de délire.

En juillet 1834, après une suppression d'hémorrhoïdes, il tombe dans un état de tristesse très prononcé. Bientôt M. G... est poursuivi par des hallucinations survenant uniquement dans l'obscurité. Tantôt il aperçoit des couleurs très vives qui le fatiguent; ou bien, au contraire, il voit des figures effrayantes, des malades agonisants, des cadavres, etc. Ces hallucinations se dissipent aussitôt qu'on éclaire l'appartement dans lequel il se trouve. Le sommeil est en général de peu de durée et interrompu par des rêves pénibles.

Cet état dura six mois sans être accompagné de délire, et M. G... put continuer sa profession pendant tout ce temps, mais en janvier 1834, il donna des signes non équivoques d'aliénation mentale qui le firent conduire à la maison de Charenton.

M. Blaud a cité une observation dans laquelle se retrouvent des phénomènes analogues. Dès que la malade allumait sa lampe, les visions cessaient; « si elle fermait les yeux, les objets qui l'assiégeaient semblaient se multiplier et prendre des formes plus effrayantes (1). »

J'ai rapporté ailleurs l'histoire d'une dame qui, depuis plus de vingt ans, n'a jamais pu s'endormir sans lumière; elle a, en effet, des visions effrayantes dès qu'elle cherche à s'endormir dans l'obscurité (2).

Lorsque j'ai expérimenté sur moi-même l'action du

(1) Blaud., *Nouvelle bibliothèque médicale*, 1829, t. III, p. 295.
(2) *Annales médico-psychologiques*, t. VI, p. 171.

hachisch, je n'avais la nuit, au plus fort de mes hallucinations, d'autre moyen de les faire cesser que d'éclairer la chambre.

Dans certains cas exceptionnels, les visions n'ont lieu que pendant le jour, et l'obscurité, loin de les favoriser, les fait au contraire disparaître. C'est ce qu'éprouvait Beaumont, qui, comme Nicolaï, a décrit ses propres hallucinations. J'apercevais, dit-il, des centaines de personnages ; mais ils cessaient d'être visibles la nuit quand il n'y avait pas de lumière.

Il suffit à quelques malades de fermer les yeux pendant un instant pour éprouver le phénomène des images fantastiques. Telle est l'observation suivante, que j'ai recueillie à la Salpêtrière.

G..., âgée de vingt-sept ans, domestique, était depuis plusieurs mois tourmentée par la crainte des mauvais traitements dont un ancien amant l'avait menacée. A chaque instant elle redoutait de le voir paraître, et elle a cru plusieurs fois l'apercevoir dans la rue. Peu à peu, elle perdit le sommeil et l'appétit, et se mit à parler seule et tout haut ; elle oubliait ce qu'on lui disait, et souvent elle s'attirait des réprimandes pour ses bévues. Un jour, elle se figure entendre des tambours autour de la maison et suppose qu'on la vient chercher pour la conduire en prison ; elle se frappe d'un coup de couteau à l'épigastre, et va ensuite se précipiter dans un puits : retirée sans blessures graves, elle fut quelques jours après conduite à la Salpêtrière.

Cette fille éprouve pendant la nuit, dans un état de demi-sommeil, des visions singulières. Le diable lui apparaît et l'enlève par les pieds dans les airs ; elle voit en outre beaucoup de figures d'hommes, d'animaux, etc. ; elle sent des odeurs infectes, et suppose, pour cette raison, qu'elle a été transportée dans des lieux d'aisances. D'ailleurs la malade

ne peut dire si tout cela se passe pendant le sommeil. Elle entend ce qui se fait autour d'elle, et il lui semble, en sortant de cet état, qu'elle n'a pas cessé de veiller.

Dans le jour, la fille G... offre un phénomène très curieux: dès qu'elle ferme les yeux, elle voit des animaux, des prairies, des maisons, etc. Il m'est arrivé plusieurs fois de lui abaisser les paupières, et aussitôt elle me nommait une foule d'objets qui lui apparaissaient.

Les auteurs ont rapporté plusieurs faits de ce genre, et j'en ai observé moi-même un second chez une malade atteinte de paralysie générale.

Les choses se passaient autrement chez le libraire Nicolaï; ses hallucinations cessaient parfois quand il fermait les yeux, et reparaissaient, au contraire, dès qu'il les ouvrait. Il serait assurément très difficile d'expliquer ces différences dans les observations; mais il est utile de recueillir et d'enregistrer ces faits, qui devront plus tard servir à éclairer la physiologie.

43 *Direction dans laquelle apparaissent les images; distance à laquelle elles sont vues; influence du mouvement des yeux.* Les objets qui apparaissent aux hallucinés sont ordinairement placés devant ces malades; mais cela n'est pas constant, et, dans plusieurs cas, ils les voient à côté d'eux, au moment où ils détournent la tête.

La distance à laquelle ces objets sont aperçus varie beaucoup selon des circonstances difficiles à apprécier. La plupart des observations manquent d'ailleurs, sur ce point, de détails précis. La figure de mort qui se montra tout à coup à Nicolaï, le 24 février 1791, lui semblait être à dix pas de lui. Quant aux images fantastiques, il y a sous ce rapport des cas très différents; tantôt elles se dessinent à deux ou trois pieds, ou bien, au contraire, elles sont trois ou quatre fois plus éloignées.

On comprend combien il serait important de déterminer si les images suivent la direction du regard. C'est en effet un des points les plus propres à éclairer la nature même de l'hallucination. Je ne connais à cet égard que l'observation du médecin anglais Bostock qui puisse servir à juger la question. Ce savant physiologiste a décrit avec détail, dans son ouvrage, les visions qu'il éprouva pendant une maladie. Le phénomène, s'étant reproduit plusieurs jours de suite, a pu être analysé avec beaucoup de soin par Bostock, ce qui donne à ce fait une grande valeur.

« Accablé, dit-il, par une fièvre qui m'avait jeté dans un grand état de faiblesse, je souffrais aussi d'une violente céphalalgie limitée à la tempe droite. Après avoir passé une nuit sans sommeil, j'aperçus devant moi des figures que je reconnus pour être semblables à celles décrites par Nicolaï. Comme j'étais sans délire, je pus faire mes observations sur elles pendant les trois jours et les trois nuits qu'elles se montrèrent presque sans interruption. Deux circonstances me parurent très remarquables : c'est que les apparitions *suivaient toujours le mouvement des yeux*, et et que les objets qui étaient les mieux formés et qui restaient le plus longtemps visibles ne s'étaient jamais auparavant offerts à ma vue.

« Pendant environ vingt-quatre heures, j'eus constamment devant moi un visage humain dont les traits et l'habillement étaient aussi distincts que ceux d'une personne vivante, et dont tout l'ensemble, après l'intervalle d'un grand nombre d'années, m'est présent comme au moment même. Je n'ai jamais connu d'individu qui ait eu la moindre ressemblance avec ce personnage fantastique. Après la disparition de ce fantôme, et durant le cours de ma maladie, j'eus une hallucination d'une nature toute particulière et fort amusante. J'aperçus une foule de petites figures humai-

nes qui s'éloignaient par degrés comme une suite de médaillons. Elles étaient toutes de la même grandeur et paraissaient à la même distance. Lorsqu'une de ces figures avait été visible pendant quelques minutes, elle s'affaiblissait peu à peu et était remplacée par une autre beaucoup plus distincte. Je ne me rappelle point que ces apparitions eussent du rapport avec les personnes ou les objets que j'avais vus auparavant; c'étaient autant de créations ou au moins autant de combinaisons nouvelles dont je ne pouvais retrouver les matériaux originaux (1). »

44. *Interposition d'un corps opaque.* Il semblerait résulter de plusieurs observations que les images seraient interceptées par l'interposition d'un corps opaque entre l'objet de l'hallucination et les yeux du malade; mais ces observations sont loin d'être assez précises pour permettre de décider la question. On peut lire dans la Démonologie de Walter Scott un fait de ce genre, dont j'ai déjà rapporté une partie. L'halluciné voyait un squelette au pied de son lit. Le médecin qui lui donnait des soins, voulant le convaincre de son erreur, se plaça devant le spectre. Le malade prétendit alors qu'il n'apercevait plus le corps du squelette, mais que la tête était encore visible au-dessus de l'épaule du médecin.

Le peintre anglais Martinn voyait, dit-on, à l'avance, et par suite d'une véritable hallucination, les tableaux dont il n'avait encore que médité le plan et la composition. Cette hallucination lui rendait le travail plus facile; il se bornait, en effet, à copier pour ainsi dire ce que lui représentait son imagination. On rapporte qu'un jour une personne se trouvant placée entre lui et le point où se dessinait sa vision, il pria cette personne de se déranger, prétendant qu'elle lui cachait une partie du tableau.

(1) Brierre de Boismont, ouvrage cité, p. 49.

Ces deux faits n'ont pas été assez bien constatés pour avoir une véritable importance ; ce point reste donc encore à étudier.

Il paraît d'ailleurs mieux prouvé que les images fantastiques couvrent les objets extérieurs, et en dérobent la vue au malade. Un physiologiste allemand, Gruithuisen, qui a donné sur ses propres hallucinations de curieux détails, affirme avoir vu des images flottantes *couvrir* les meubles de son appartement.

45. *Hallucinations de la vue chez des aveugles.* Les hallucinations de la vue sont plus rares chez les aveugles que celles de l'ouïe chez les sourds : cependant on peut en citer un certain nombre d'exemples.

Esquirol a rapporté dans son ouvrage l'histoire d'un médecin halluciné qui perdit tout à coup la vue à la suite d'une hémorrhagie très abondante. Ce malade, que j'ai pu moi-même observer à Charenton pendant plusieurs années, éprouvait encore des visions, malgré son état de cécité.

Une vieille demoiselle complètement aveugle se débattait contre un essaim de spectres aériens qu'elle comparait à des effigies humaines, et qui formaient un nuage épais autour de sa personne. La nuit même, pour ne pas apercevoir ces ombres, elle se couvrait constamment la figure d'un drap (1).

Burdach et J. Müller admettent que les images fantastiques peuvent aussi apparaître chez les aveugles. « Les personnes qui ont perdu la vue par accident, dit Burdach, rêvent encore d'objets visibles longtemps après la paralysie ou la destruction de leurs yeux ; si rien de pareil

(1) Calmeil, *Distionnaire de médecine en 30 volumes*, art. Hallucination.

ne leur arrive, plus tard, c'est uniquement parce que toute relation est éteinte entre leur faculté perceptive et l'œil ; car lorsque l'imagination jouit d'une grande activité, comme chez l'aveugle Baczko, les rêves d'objets visibles durent plus longtemps (1). »

Une observation rapportée dans la thèse de M. Aubanel prouve que les hallucinations de la vue peuvent parfois cesser quand le malade devient aveugle ; mais ce fait, d'ailleurs très intéressant, ne contredit en rien ceux que je viens de citer.

HALLUCINATIONS DE L'ODORAT, DU GOUT ET DU TOUCHER.

46. *Les hallucinations de l'odorat, du goût et du toucher sont beaucoup plus simples que celles de la vue et de l'ouïe.* Dans l'étude des hallucinations de l'ouïe et de la vue j'ai séparé les phénomènes intellectuels et les phénomènes sensoriels, qui peuvent, en effet, être facilement distingués. Chez l'halluciné qu'une voix injurie, il y a d'une part une impression auditive, et de l'autre des idées associées par l'imagination et formulées en paroles. Rien de semblable n'a lieu dans les fausses perceptions de l'odorat, du goût et du toucher.

Il n'y a plus alors pour ainsi dire que la reproduction de l'impression sensorielle. Il ne peut d'ailleurs en être autrement, car les sensations de l'odorat, du goût et du toucher ne laissent point après elles des signes et des images, comme cela a lieu le plus souvent pour celles de la vue et de l'ouïe. Le malade qui sent une odeur agréable ou infecte en l'absence de toute excitation extérieure de l'organe olfactif, peut être comparé à celui

(1) Burdach, ouvrage cité, t. V, p. 209.

que poursuivent des bruits de différente nature, mais non à l'halluciné qui engage des conversations avec des interlocuteurs visibles. On ne peut donc plus séparer ici les phénomènes intellectuels des phénomènes sensoriels; car ces derniers constituent presque seuls les hallucinations.

Les fausses perceptions sensorielles qui nous restent à étudier, devenues ainsi beaucoup plus simples, offriront désormais moins d'intérêt pour la physiologie. Il est d'ailleurs difficile, dans le plus grand nombre des cas, de distinguer les hallucinations de l'odorat, du goût et du toucher, des illusions des mêmes sens. Le plus souvent, en effet, l'imagination semble alors plutôt transformer que créer des impressions.

47. *Hallucinations de l'odorat et du goût.* Les hallucinations de l'odorat et du goût ont surtout lieu au début de la folie et dans sa période la plus aiguë. Les cas où elles persistent isolées à l'état chronique sont plus rares. En voici cependant quelques exemples :

Un aliéné, dont j'ai déjà eu occasion de parler, croyait pendant le choléra sentir partout une odeur de mort qui lui révélait la présence de cette maladie.

« Le choléra, dit-il, sévissait alors à Paris avec une extrême intensité. J'affirme qu'à cette époque, en parcourant la ville, *j'eus des sensations très distinctes de sa présence*, et que tout ce que la science a écrit ou observé de ce fléau n'est point conforme à la vérité. En voici deux preuves, et j'en pourrais citer plusieurs autres. Quelques jours après être sorti du lieu dont je viens de parler (un hospice d'aliénés), c'était à l'époque de la plus grande mortalité, je dînais seul dans ma chambre et j'étais tout entier à cette opération ; tout à coup je fus frappé d'une *odeur* de mort, et je *sentis* à ma droite comme une ombre qui m'appro-

chait. Quelques jours après, je partis pour Bordeaux. A Orléans et dans toutes les villes de la route, *je sentis la même odeur de mort* à un degré proportionné aux ravages que le choléra faisait dans chaque localité. Arrivé à Bordeaux, je ne sentis rien; le choléra n'y était pas encore. Un soir, à la nuit tombante, la croisée étant ouverte, je me mets à genoux, appuyé négligemment sur le lit, pour faire la prière du soir; tout à coup je sentis tomber sur mes épaules, venant de la croisée, quelque chose qui me saisit comme l'eût fait un homme en y posant les deux mains... Cette sensation disparut en s'écoulant par les pieds, en quelque sorte comme l'on quitte un caleçon... Le lendemain le choléra s'était manifesté à Bordeaux (1). »

J'ai connu une dame qu'obsédait continuellement une odeur infecte qu'elle croyait s'exhaler de son corps : aussi s'éloignait-elle brusquement dès qu'on voulait l'approcher. Un jour Esquirol l'engageait à se promener dans un jardin potager; elle refusa, craignant, disait-elle, de faire mourir les plantes par l'odeur empestée qu'elle portait partout avec elle.

Il faut attribuer à des hallucinations et à un délire de même nature ce que dit dom Calmet de certains hommes « qui endommageaient tout ce qu'ils regardaient, même jusqu'aux mamelles des nourrices qu'ils faisaient tarir, aux plantes, aux fleurs, aux feuilles des arbres qu'on voyait se flétrir et tomber, et qui n'osaient entrer en aucun lieu sans avertir auparavant qu'on en fît sortir les enfants, les nourrices, les animaux nouveau-nés, généralement toutes les choses qu'ils pouvaient infecter par leur haleine ou par leurs regards (2). »

(1) Histoire d'un fou guéri deux fois malgré les médecins et une fois sans eux.

(2) *Traité sur les apparitions*, t. I, p. 463.

Les hallucinations du goût sont aussi rares que les illusions du même sens sont fréquentes. On voit très souvent les aliénés, sous l'influence de troubles variés de la digestion, se plaindre qu'on mêle à leurs aliments du vitriol, du mercure, des cantharides, de la terre, du plâtre, des humeurs ; on les entend répéter que ce qu'ils mangent a un goût de pharmacie. Dans tous les cas de ce genre, il y a des impressions réelles transformées et par conséquent des illusions du goût. C'est à peu près uniquement dans la monomanie religieuse et l'extase qu'on rencontre des faits qui semblent devoir être rapportés aux hallucinations de ce sens, et encore est-il difficile de se prononcer sur la nature même du phénomène.

Les extatiques ne sont pas seulement inondés par des odeurs de myrrhe et d'encens ; ils savourent des mets délicieux et sont nourris d'une manne céleste, etc.

On sait que les sorciers, en assistant au sabbat, prenaient part à des festins splendides, mais ces repas, beaucoup en convenaient dans leurs interrogatoires, n'apaisaient ni la faim ni la soif.

48. *Hallucinations du toucher.* Les hallucinations du toucher, comme celles de l'odorat et du goût, sont difficiles à distinguer des illusions du même sens. Elles sont d'ailleurs très variées et se rapportent à des sensations externes ou internes.

Des aliénés sentent courir sur leur corps des rats, des araignées ; se croient couverts de crapauds, de chenilles ; d'autres, en grand nombre, prétendent recevoir des coups.

Je vois à la Salpêtrière une femme qui ne pouvait autrefois s'endormir sans être frappée très violemment par des ennemis cachés. Pendant deux ans cette malade ne s'est point couchée ; elle restait assise auprès de son lit, où la crainte des douleurs qui l'attendaient la tenait éveillée. A

la fin de la nuit seulement, succombant à la fatigue, elle dormait quelques heures appuyée sur le rebord de son lit. — Une aliénée prétend recevoir plusieurs fois par jour un pot d'eau froide sur la tête ; d'autres croient qu'on leur jette sur la figure, sur les mains, des poudres, des eaux corrosives.

Une ancienne actrice devenue mélancolique, après avoir longuement décrit les supplices qu'on lui fait endurer, ajoute : « On ne se contente pas de ces cruautés, on s'attache à souffler sur ma peau pure et sans tache comme mon cœur des ingrédients qui me dévorent jour et nuit. »

Une femme albinos, hallucinée depuis longtemps, se plaint que les deux sœurs de Robespierre, cachées dans l'hospice, lui lancent sur la peau de l'eau-forte, de l'eau volatile, de l'essence de *simples*, de l'eau émétisée, de l'eau arsenicale, de l'air inflammable, et enfin des exhalaisons de mal honteux. Quand elle a terminé cette énumération, elle reprend une à une chaque substance, et décrit avec détail les effets différents de chacune d'elles ; l'eau-forte, par exemple, fait des taches ; l'eau volatile fend la peau ; l'essence de simples produit une irritation secrète, etc.

Une marchande venue du fond de la Bretagne à Paris pour adresser ses réclamations au roi, est conduite à l'hospice de la Salpêtrière. Cette femme, entre autres plaintes, accuse ses ennemis de tirer sur elle, à travers les murs, de petits canons qu'elle compare aux briquets phosphoriques en plomb qu'on faisait il y a peu d'années. Elle est avertie des explosions par des douleurs subites, tantôt sur un point, tantôt sur un autre ; elle voit alors rougir et se tuméfier la partie qui a été frappée.

Un tonnelier, au moment où le procès de M[me] Lafarge avait un si grand retentissement, se persuade que sa

femme veut l'empoisonner; il l'accuse surtout de jeter dans son lit des poudres qui lui causent toute la nuit une horrible agitation. Il prend la précaution de renfermer chaque matin ses draps dans une armoire dont il garde la clef, et le soir il refait lui-même son lit; mais bientôt les poudres sont répandues dans l'air qu'il respire, et il ne peut plus se soustraire à leur influence malfaisante. C'est alors que dans un moment de fureur il frappe violemment à coups de marteau sa femme à la tête, et la laisse pour morte. Lui-même se fait ensuite des blessures très graves auxquelles il a cependant survécu, mais sans que son délire ait été modifié.

Certains aliénés sentent parfois leur corps mouillé, ou même croient être plongés dans l'eau. J'ai observé plusieurs faits de cette nature chez des paralytiques; j'ai aussi rencontré cette hallucination dans un cas de *delirium tremens;* le malade affirmait qu'il était dans la rivière jusqu'à la ceinture, et il essayait de prendre les poissons dont il se voyait entouré.

M. Cazauvielh a rapporté l'exemple d'une femme atteinte de mélancolie avec tendance au suicide, laquelle, après une amélioration notable dans son état, retomba tout à coup malade pendant la nuit. « Aussitôt qu'elle voulait s'endormir, dit M. Casauvielh, elle se voyait dans l'eau jusqu'aux aisselles, ou bien on la soulevait par le cou avec une corde (1). »

Une dame, devenue lypémaniaque à la suite de couches se réveille après un rêve pénible, et pendant près d'une heure, il lui semble que son corps baigne dans une mare de sang.

Il est des malades qui sont tout à coup saisis et arrêtés

(1) Cazauvielh, *Du suicide et de l'aliénation mentale dans les campagnes.* Paris 1840, in-8.

par des mains invisibles. Une aliénée, au début d'un accès de mélancolie, va pour se précipiter dans le canal de la Villette ; mais au bord même de ce canal, elle est tout à coup fortement retenue par une personne qu'elle n'a pu apercevoir.

Une autre femme priant avec ferveur dans une église se sent frappée sur l'épaule ; elle se retourne et voit un de ses oncles ; mais cette image s'évanouit presque aussitôt.

On sait qu'autrefois le diable venait souvent tirer les possédées par les pieds pendant leur sommeil, et j'ai moi-même entendu plusieurs hallucinées se plaindre d'avoir été tourmentées de cette manière.

L'histoire des vampires est rappelée dans nos hospices par des malades que des ennemis invisibles épuisent en suçant leur sang. J'ai observé deux cas de ce genre chez des femmes : c'est au sein que la succion avait lieu, et l'une des malades attribuait à ces manœuvres l'atrophie et la déformation des organes dues chez elle aux seuls progrès de l'âge.

Quant au vampirisme, les moyens employés pour arrêter ses progrès suffiraient pour faire juger sa nature. Lorsque le malade avait désigné le vampire, qui était ordinairement une personne morte depuis peu de temps, on exhumait le corps de cette personne, et le bourreau, en présence de graves magistrats, perçait le cadavre d'un pieu ; ou même, pour être plus sûr qu'il ne sortirait plus de son tombeau, on séparait la tête du tronc. Après ces exécutions de cimetière, dont les procès-verbaux ont été conservés, les esprits devenaient plus calmes, et la maladie se trouvait arrêtée jusqu'au jour où un nouveau vampire était signalé.

Berbiguier, qui a consacré plusieurs volumes à la description de ses hallucinations, croyait saisir la nuit des farfadets qu'il fixait à sa couverture avec des épingles.

Une femme, actuellement à la Salpêtrière, s'empare à tout instant de petites ombres qu'elle tient d'abord enfermées dans sa main, et qu'elle jette ensuite avec force sur le carreau.

Beaucoup de gestes bizarres observés chez les aliénés peuvent, comme dans les faits que j'ai cités, s'expliquer par des hallucinations du toucher.

49. *Hallucinations relatives à la sensibilité générale*. Les fausses perceptions qui se rapportent à la sensibilité générale sont plus difficiles encore à distinguer des illusions que celles dont je vient de parler. Les sensations si variées accusées par les hypochondriaques dans la profondeur des organes semblent en effet, le plus souvent, avoir leur point de départ dans des impressions réelles, mais transformées par l'imagination. Cependant nul doute qu'elles n'aient aussi parfois, au moins au début, une origine toute cérébrale. C'est ce que prouve, dans certains cas, leur développement subit par suite d'une cause purement morale. Si la maladie se prolonge, et que l'attention se concentre sur un organe, on ne tarde pas, comme l'a démontré M. Dubois (d'Amiens), à voir se produire des troubles nerveux, et plus tard de véritables altérations de tissu. Ce serait donc seulement pendant la première période que l'imagination aurait à créer pour ainsi dire des impressions, et qu'il existerait, à proprement parler, des hallucinations.

Beaucoup de fausses perceptions sensorielles sont rapportées par les malades, à la tête, à la poitrine, au ventre, aux organes génitaux, etc.

Des aliénés sentent leur tête si légère, qu'ils la croient vide ; ou bien, au contraire, ils la trouvent très lourde et la supposent remplie de plomb. Une femme traitée à la Salpêtrière éprouve à l'occiput la sensation de l'écoulement d'un liquide. — Une autre prétend sentir à l'intérieur

du crâne comme les vibrations de plusieurs cordes tendues. — J'ai cité plus haut l'observation d'une aliénée qui le soir se coiffait d'une sébile de bois pour amortir les coups qu'on lui portait sur la tête.

Des hallucinations survenant tout à coup au milieu du travail intellectuel font croire à un malade qu'on lui arrache la pensée du fond de l'âme et les mots du bout des lèvres, au moment où il va les exprimer. Il décrit ce phénomène dans une lettre que je crois devoir citer ici ; cette lettre, outre les hallucinations dont je viens de parler, fera connaître des particularités curieuses de la monomanie de cet aliéné, détenu depuis longues années dans la maison de santé de M[me] Reboul Richebraques.

« Vous n'avez sans doute pas oublié, monsieur, écrit-il au médecin, ce que je vous ai dit plusieurs fois, que, depuis trente ans, ailleurs aussi bien qu'ici, on m'avait constamment environné d'une cabale de gens apostés et soudoyés bien certainement à l'effet de veiller sur mes actions, d'observer mes démarches, de s'assurer du genre d'occupation auquel je m'appliquais plus particulièrement, et de faire usage des moyens les plus propres à me dérouter dans ce que j'entreprenais, afin de m'empêcher de faire des progrès et de me perfectionner en rien.

» Je suis convaincu d'ailleurs, depuis que je suis à..., et notamment depuis que je vis entre quatre murs, de ne m'être pas trompé dans mes conjectures. La preuve, c'est que *je sens* par moi-même les funestes effets des stratagèmes et de la malveillance qui ne cesse de redoubler de soins et d'attentions à mesure qu'elle est informée par mes plaintes indirectes de l'efficacité de tous ses maléfices. Il est étonnant que les murs dont je suis environné depuis dix-neuf ans ne me mettent pas à l'abri des atteintes (*indirectes et invisibles, il est vrai, mais qui se font bien sentir*)

de ces gens astucieux et malicieux qui, à l'aide de leurs machinations infernales, parviennent, même au milieu de ma retraite obscure, à influer sur mes *organes* et sur mes facultés intellectuelles, de telle sorte qu'ils m'*engourdissent l'esprit à volonté*, *arrêtant et laissant aller ma plume* quand il leur plaît. Tantôt ils m'*arrachent la pensée du fond de l'âme* et les *mots du bout des lèvres*, lorsque je suis prêt à les exprimer, à l'instar du chirurgien qui extirperait avec ses instruments les germes d'une maladie profondément enracinée dans mes entrailles (il me semble dans ces moments que l'on me plonge un poignard dans le cœur). Tantôt ils font en sorte que l'*encre se coagule au milieu du bec de ma plume* et ne puisse couler jusqu'à l'extrémité. Ces gens goguenards, contrariants et astucieux, autant que hargneux et méchants, me causent du matin au soir des éblouissements tels, que lorsque j'ai demandé des lunettes, il y avait déjà un mois que je ne pouvais plus ni lire ni écrire : des éblouissements tels, que lorsque je cherchais un mot grec dans le dictionnaire, qui, à la vérité, est écrit en caractères très petits et très déliés, je ne pouvais pas le lire, quoique cependant je lusse le mot français qui était à côté. *Pourquoi lisais-je plutôt l'un que l'autre?* Pourquoi obscurcissait-on encore davantage cet éblouissement au moment même où mes yeux étaient fixés sur le mot grec que je ne pouvais pas lire, quoique je lusse bien le mot français qui était à gauche ou à droite? C'était parce que les maléfices et la méchanceté s'y opposaient; c'était parce que l'on voulait me faire sentir le besoin et la nécessité de faire usage de lunettes.

« D'un autre côté, lorsque j'ai commencé à étudier le grec, dans les premiers jours de mars dernier, j'ai appris par cœur avec assez de facilité pendant environ six semaines; puis tout à coup je me suis senti dérouté à un tel

point, que si je voulais répéter ce que je savais le mieux, j'avais tout oublié ; et toutes les fois aussi que j'ouvrais le livre pour apprendre de nouveau ce que j'avais su, il me semblait qu'on me *plongeait un instrument dans les poumons, et que l'on arrachait de ma pensée les mots que j'étais sur le point d'articuler.* Tout ceci n'est pas naturel chez moi; il y a là-dessous du *stratagème*, je ne puis en douter. Ce ne sont là ni des illusions, ni des hallucinations, ni des idées forgées dans mon imagination, comme vous semblez le croire, car *je sentais* en moi des *effets* que je n'avais jamais *sentis*, et je voyais à peine le bec de ma plume. »

Il y a des malades chez lesquels l'examen le plus minutieux des organes thoraciques et abdominaux ne fait découvrir aucun désordre, et qui accusent dans la poitrine et dans le ventre des sensations singulières. — Une mélancolique prétend que son cœur et ses poumons sont détruits, elle se frappe souvent la poitrine en répétant qu'*il n'y a plus rien là, que tout y est vide.* La voix de cette malade est extrêmement faible, et c'est pour elle une preuve que ses organes n'existent plus. — Des aliénés sentent leur cœur ou leurs poumons dévorés par un animal, par le démon; ils prétendent que ces parties sont traversées, déchirées par des instruments.

Les fausses perceptions, dont le siège est rapporté à l'abdomen, sont beaucoup plus nombreuses. — Une femme sent des araignées à l'épigastre. —. Un jeune homme est préoccupé de la présence d'une boule de mercure qui lui parcourt l'abdomen, et se fixe tantôt dans un point, tantôt dans un autre.

B..., aliénée depuis plus de vingt ans, frappe à grands coups sur son hypocondre droit pour faire cesser les manœuvres et les tiraillements qu'exerce dans son ventre saint Charles Borromée; elle suit les moindres mouve-

ments de cet hôte incommode, l'accable d'injures, et l'accuse surtout d'impudicité. Elle demande souvent du poison pour donner la mort au saint dont la présence dans son corps est devenu un supplice. Quelquefois elle entre dans une violente colère, et profère des menaces qui commencent toujours par ces mots : « Si tu bouges. » Et en même temps, elle a les yeux fixés sur son hypocondre droit.

50. *Hallucinations relatives aux organes génitaux.* — Les hallucinations des organes génitaux se rapportent ordinairement dans les deux sexes à l'acte vénérien, comme le prouve surtout l'histoire des démons incubes et succubes. Ces hallucinations, autrefois si nombreuses chez les femmes, peuvent aussi reproduire les mouvements du fœtus, et faire croire à une grossesse avancée ; on a même vu des malades éprouver les douleurs de l'enfantement, et rester convaincues qu'elles étaient réellement accouchées. M. Calmeil, entre autres exemples de ce genre, a cité celui d'une femme dont la conviction à cet égard était telle, qu'à la suite de chaque prétendu accouchement, elle gardait le lit, s'imposait une diéte sévère et prenait toutes les précautions usitées en pareil cas. Parmi les faits que j'ai recueillis, nul ne m'a semblé plus propre que le suivant à démontrer l'influence de l'imagination sur les hallucinations des organes génitaux.

Mlle G..., âgée de vingt-quatre ans, née d'une mère actuellement aliénée, offre tous les symptômes d'une chlorose bien caractérisée : la face est pâle et légèrement bouffie, la faiblesse générale assez grande pour que le moindre exercice soit suivi d'une fatigue extrême ; en outre, suppression des règles, gastralgie, bruit de souffle dans la région du cœur et dans les carotides, etc... A ces symptômes, se joint un désordre remarquable de l'intelligence :

l'imagination de la malade est sans cesse occupée de pensées érotiques. Mlle G... se complaît à rapporter dans les moindres détails les sensations spontanées qu'elle prétend éprouver dans les organes génitaux. Plusieurs femmes, qui habitaient la même maison et venaient la visiter, ont dû cesser de la voir, à cause de l'obscénité de ses discours et du dégoût qu'ils leur inspiraient.

La malade passe sa journée couchée sur le dos, les jambes écartées et fléchies sur les cuisses. En vain lui a-t-on fait des représentations à ce sujet; c'est, dit-elle, la seule position qu'elle puisse supporter; dès que ses cuisses sont rapprochées, elle sent, en effet, dans les parties génitales une chaleur brûlante, bientôt suivie de sensations très vives et du spasme vénérien. Elle ajoute que son imagination contribue beaucoup à augmenter ces accidents, et prétend avoir sans cesse présents à l'esprit des *lieux enchantés* et des *images voluptueuses* qu'elle s'efforce en vain de chasser. Dans une série de lettres qui m'ont été remises, elle décrit longuement l'origine et les progrès de sa maladie. Je citerai ici plusieurs fragments pour faire bien comprendre la nature des accidents.

C'est vers l'âge de quatre ans que Mlle G... dit avoir commencé à ressentir des douleurs dans les organes génitaux, et c'est aussi vers cet âge qu'elle a été conduite à se livrer à l'onanisme. Les accidents augmentèrent à l'époque de la puberté. « Je sentis, dit-elle, dans les organes des souffrances dont j'ignorais le nom; ces souffrances étaient accompagnées de sensations qui me donnaient des scrupules. »

L'imagination de la malade était alors assaillie par des idées et des images voluptueuses, et il y avait en même temps des désirs très vifs. Cette jeune fille éprouvait aussi de fausses perceptions d'une autre nature, et qui consti-

tuent de véritables illusions. « A dire toute la vérité, je n'ai pas eu mes *époques* une seule fois depuis neuf ans, sans sentir les organes s'ouvrir beaucoup. »

La nuit, elle rejetait souvent ses draps et ses couvertures pour diminuer la chaleur extérieure qu'elle éprouvait dans les parties génitales. Plus tard, elle prit, dans le même but, l'habitude de se servir d'un cerceau pour soutenir ses draps. Les accidents étaient alors fort graves; elle sentait, en effet, « le sang bouillir dans le bas-ventre, la matrice comme prête à tomber, la chaleur lui pincer continuellement les cuisses, les jambes et les pieds, et les désirs physiques lui tenir continuellement les organes très écartés. »

Dans le passage suivant, Mlle G... décrit les luttes qu'elle a soutenues, et les moyens qu'elle a employés pour triompher de sa maladie. On y remarquera l'influence du passage de la veille au sommeil sur la production des fausses perceptions.

« J'ai eu vers ce temps, dit-elle, de très fortes sensations qui se répandaient partout, et qui me produisaient un calme et une paix d'esprit inexprimables. Pour les combattre, je travaillais continuellement souvent dès cinq heures du matin jusqu'au soir. Je me donnais ma tâche; je me privais toujours d'un peu de sommeil dont j'aurais eu grand besoin vers le milieu du jour; mais dès que je voulais m'y livrer, les sensations devenaient si excessives, qu'il me semblait avoir été coupable en m'y exposant. J'ai eu aussi vers ce temps des désirs d'esprit inexprimables. L'image des lieux enchantés et d'objets qui auraient alarmé une conscience moins timorée que la mienne, me poursuivait sans cesse. Toutes ces choses, qui se passaient de vive et continuelle force dans mon imagination, me procuraient toujours un premier sentiment de plaisir; les efforts continuels que j'ai faits ont été tels qu'ils ont développé ma mé-

moire, car le travail manuel dont je changeais plusieurs fois par jour était loin de me suffire. Je me creusais la tête pour me rappeler des personnes et des faits indifférents; je répétais tous les vers que je sais; je chantais des chansons enfantines ou des cantiques, toujours en me mettant à la tâche et à l'heure; je lisais souvent les *Discours* de Bossuet, le *Poëme de la Religion*, et surtout celui de *la Grâce*, qui, me persuadant que tous ces effets de ma maladie ne me rendaient point coupable, me consolaient et me faisaient, comme aujourd'hui encore, pleurer avec effusion. »

Après avoir décrit les moyens qu'elle employait pour détourner les idées voluptueuses, Mlle G... indique les causes qui en provoquaient ordinairement le retour.

« La solitude, le silence, la pureté du ciel, le chant des oiseaux, la beauté de la campagne, m'étaient ou m'ont toujours été depuis et me seraient encore pernicieux. Des carafes de bouquets, même dans ma chambre, suffisaient pour ramener dans mon imagination la peinture des lieux enchantés. Je me suis toujours fait un devoir de me priver de toutes ces choses, et je me sens disposée à m'en priver encore. »

Les sensations génitales si fortes, éprouvées par la malade à l'occasion des impressions les plus légères, et qui augmentaient parfois d'une manière excessive au moment où elle s'endormait, la poursuivaient encore pendant son sommeil : « J'ai eu bien des fois en dormant, dit-elle, *des sensations si violentes*, que la seule persuasion que j'étais au dernier moment me faisait rouler par terre et perdre connaissance; je me réveillais, et j'avais de violents spasmes, et des maux de cœur fréquents qui ne m'ont jamais quittée depuis. Ces sensations dans les organes sont devenues parfois des souffrances si violentes, que j'en ressentais d'horribles tiraillements dans les seins, dans la

poitrine et dans l'estomac, au point d'être forcée de manger toutes les deux ou trois heures. »

Ces symptômes devaient encore s'aggraver. *Les désirs d'esprit* maîtrisaient tout à fait l'imagination, et il y avait en même temps « des pleurs, des oppressions d'estomac, des spasmes, des étouffements, des maux de tête on ne peut plus violents. »

Alors survint ce que Mlle G... appelle les derniers symptômes, ceux qu'elle n'ose point décrire dans ses lettres : « Je préfère, dit-elle, vous donner sur ces derniers phénomènes de la maladie tous les détails que vous jugerez nécessaires. »

Dans un autre passage, elle s'arrête aussi au moment de compléter la description des accidents qui la tourmentaient à un si haut degré : « Les grandes gelées, dit-elle, redoublèrent le mal dans les organes. Un jour, entre autres, les souffrances étaient si excessives et si *distinctes*, qu'il me semblait..... Je ne puis achever, je le dirai plutôt. »

Ce que Mlle G... n'ose écrire, elle le racontait avec détail à plusieurs dames que ces conversations avaient fini, comme je l'ai dit, par éloigner d'elle. Elle ne se bornait plus alors à parler des sensations voluptueuses qu'elle éprouvait spontanément ; elle allait jusqu'à déclarer que ces sensations lui paraissaient provoquées par un corps s'introduisant dans les organes ; en un mot, il y avait reproduction complète de l'acte vénérien.

J'ai déjà parlé des moyens employés par la malade pour combattre les idées qui la poursuivaient. Je trouve encore, à ce sujet, dans une autre lettre, des renseignements qui me paraissent avoir de l'intérêt. C'était au plus fort de la maladie ; Mlle G... avait imaginé, pour se distraire, d'essayer de sauter à la corde :

« Je sentais, dit-elle, le ridicule de tout cela, et je ne le faisais que par nécessité. La chaleur dans les parties était si forte, que je tapais des pieds pendant le peu d'instants qu'il me fallait pour préparer ma corde ; car, sans cela, cette chaleur devenait excessive ; enfin, je ne peux mieux comparer la nécessité de ces sauts qu'à ceux des ours qu'on met sur des tôles rouges. »

Mlle G... imagina encore, pour se distraire, de faire un trousseau de poupée ; mais ce fut pour elle une source de nouveaux tourments, un aliment aux idées érotiques qui tyrannisaient son esprit.

« Cette poupée, dit-elle, me serait devenue un objet pernicieux, si je n'avais toujours eu le plus grand soin de la prendre par des endroits convenables. Je voulais, pour rendre cet amusement de trousseau plus complet, habiller cette poupée en garçon ; mais j'ai prévu de suite que je ne le devais pas, car cette seule vue m'aurait donné des idées..... Il m'eût, chaque fois que je l'aurais regardée, semblé..... »

Je trouve aussi dans les lettres auxquelles j'emprunte tous ces détails une sorte d'illusion relative à l'exercice de la volonté. Les désirs devenaient parfois si forts, que l'une des jambes se soulevait malgré la malade. « Je la roidissais, dit-elle, contre le pied de mon lit, contre le bout de ma baignoire, mais j'éprouvais de suite un violent tremblement. Je la replaçais dans une position convenable, et elle s'enlevait de nouveau. » Mlle G..., pour éviter ces mouvements qu'elle croyait involontaires, fut obligée de se lier elle-même les jambes.

Beaucoup de moyens avaient été employés : la glace sur la tête et sur les parties génitales, les sangsues, les ventouses, etc. La malade réclamait avec instance des remèdes, fussent-ils douloureux, « car ils lui conservaient

son honneur et sa vertu, et la remettaient pour douze ou quinze jours en état de recommencer la guerre continuelle qu'elle faisait aux accidents qu'elle éprouvait. »

Tous les traitements qu'on avait faits avaient eu peu de résultats. » Les sangsues calmaient tant soit peu les désirs *et les lieux enchantés*, mais il fallait toujours en recommencer les applications, etc. »

Mlle G... fut placée, par mes conseils, dans un hospice d'aliénés. J'ignore quels moyens ont été mis en usage; mais, au bout de quelques mois, elle est sortie parfaitement guérie de sa chlorose et de ses hallucinations érotiques. Peu de temps après, elle s'est mariée, et je n'ai point entendu dire qu'elle eût éprouvé depuis de nouveaux accidents.

Cette observation, en grande partie tracée par la malade elle-même, m'a paru assez curieuse pour que je n'aie pas craint de la donner dans tous ses détails. Les sensations voluptueuses que provoquait le simple rapprochement des cuisses étaient dues, sans doute, à des impressions réelles transformées par l'imagination; mais on doit regarder comme de véritables hallucinations la reproduction complète de l'acte vénérien. D'ailleurs, ce fait n'est pas seulement un exemple bien tranché d'illusions et d'hallucinations des organes génitaux; il peut encore servir à démontrer l'influence de l'imagination sur la production de ces phénomènes. Si on se reporte à une autre époque, si on suppose d'autres idées et d'autres croyances, on conçoit facilement cette variété de la démonomanie dont les hallucinations génitales formaient le principal symptôme, et qui portaient tant de malheureuses aliénées à confesser qu'elles avaient eu pendant plusieurs années commerce avec le diable.

Une dame renfermée depuis plus de dix ans dans un

hospice se plaint souvent qu'un jeune médecin abuse d'elle pendant la nuit ; mais, en outre, elle croit avoir vingt fois par jour à se défendre contre des manœuvres indiscrètes qu'on exerce sur elle à distance et par des moyens cachés. On remarque çà et là dans ses lettres de courtes notes placées entre des parenthèses. Ces notes indiquent, en termes que je ne puis d'ailleurs reproduire ici, que dans ce moment-là même la malade éprouvait les effets des poursuites de ses ennemis.

Dans un passage, cette dame se plaint de tout ce qu'elle endure. « J'ai vécu, dit-elle, sage de *plaisir* et de *plaisirs;* si c'était une raison pour *être insolentée comme une Messaline étant veuve*, il n'y a pas de mère de famille qui ne doive craindre de donner des notes véridiques à des médecins. »

Les cas de ce genre sont très communs chez les femmes aliénées. On les observe beaucoup plus rarement chez les hommes, et j'en ai à peine rencontré quelques exemples.

51. *Malades qui s'élèvent dans les airs, dont les membres s'allongent, dont le corps se gonfle et change de forme, etc.* Il est des hallucinations difficiles à classer, mais qui semblent devoir être rapportées aux fausses perceptions de la sensibilité générale. Je veux parler des sensations singulières qui font croire aux individus soumis à l'influence de certains agents toxiques, et parfois à des aliénés, qu'ils sont devenus extrêmement légers, qu'ils s'élèvent dans les airs, qu'ils sont balancés mollement, ou secoués avec violence, ou bien encore que leur corps s'allonge ou se rapetisse, qu'il se gonfle ou diminue, etc. Ces hallucinations ne sont pas rares pendant les rêves, et il est peu de personnes qui ne les aient éprouvées ; mais elles se produisent aussi sous l'influence du datura, de l'opium et du hachisch ; enfin, elles se rencontrent encore dans l'extase et dans la

folie aiguë. Il semble à certains maniaques que leurs pieds touchent à peine le sol. J'ai connu, entre autres, une femme qui souvent se sentait soulevée de terre par une main invisible. « J'ai vu des vaporeux, dit Cabanis, qui se trouvaient si légers qu'ils craignaient d'être emportés par le moindre vent (1). » — Dom Calmet a cité plusieurs faits de ce genre. Un bon religieux s'élevait parfois de terre, « et demeurait suspendu sans le vouloir, sans y tâcher, et cela à l'occasion d'une image de dévotion qu'il voyait, ou de quelque raison qu'il entendait. » — Le même auteur a connu une religieuse à laquelle il est souvent arrivé malgré elle d'être ainsi enlevée à une certaine distance de terre. Ce n'était, ajoute dom Calmet, ni par son choix, ni par l'envie de se distinguer, puisqu'elle en avait une véritable confusion. — Nicole parle aussi dans ses lettres d'une religieuse nommée Séraphine qui s'élevait de terre avec tant d'impétuosité que cinq ou six de ses sœurs avaient peine à la retenir.

Je vois à la Salpêtrière une aliénée qui croit souvent s'élever dans les airs ou, comme elle le dit, dans le *temps*. Voici comment elle quitte la terre et la manœuvre qu'elle répète à tout instant : elle prend dans chaque main un sabot, une sébile de bois ou tout autre objet, puis elle s'affaisse un peu sur elle-même en se retournant à demi ; alors elle fait une grande inspiration, dilate autant que possible sa poitrine, gonfle ses joues, puis peu à peu elle se redresse en élevant ses bras en l'air. Bientôt elle ne touche plus la terre que de la pointe des pieds, et souvent d'un pied seulement. Elle reste ainsi un instant comme suspendue. retenant sa respiration et les yeux tournés vers le

(1) *Rapport du physique et du moral de l'homme*, édition avec notes, par L. Cerise. Paris, 1843, p. 129.

ciel... : elle est alors au plus haut point de son élévation. Elle redescend ensuite sur la terre et produit avec sa bouche un bruit particulier indiquant la cessation des efforts violents qu'elle a faits. Vingt fois par jour on aperçoit cette femme se gonflant d'air et répétant tous les mouvements que je viens de décrire. Elle est convaincue qu'elle passe ainsi une partie de sa journée dans les nuages. La répétition fréquente de cet acte bizarre paraît avoir pour résultat d'entretenir une sorte de congestion cérébrale. La malade, en effet, pendant ses efforts pour s'élever en retenant sa respiration, devient très rouge et offre une dilatation très forte des jugulaires. — Il n'y a d'ailleurs chez cette femme aucune chance de guérison. La folie, caractérisée par des idées ambitieuses, est compliquée de démence, et date de plus de quinze ans.

Les hallucinations de cette nature étaient autrefois très fréquentes chez les sorciers et les possédés. On sait qu'un grand nombre d'entre eux croyaient être transportés au sabbat à travers les airs. Entre les faits nombreux de ce genre, cités par les auteurs, le suivant est un des plus singuliers.

« Le 16 octobre 1716, un menuisier habitant d'un village de Bar, en Alsace, nommé Heiligenstein, fut trouvé à cinq heures du matin dans le grenier d'un tonnelier de Bar. Ce tonnelier, y étant monté pour chercher les bois de magasin dont il voulait se servir dans la journée, et ayant ouvert la porte qui était fermée au verrou en dehors, y aperçut un homme couché tout de son long sur le ventre et profondément endormi ; il le reconnut aisément, le connaissant d'ailleurs ; et lui ayant demandé ce qu'il faisait là, le menuisier lui dit avec la plus grande surprise qu'il ne savait ni par qui ni comment il avait été conduit en cet endroit. Le tonnelier ne se contentant pas de ces raisons, lui d

qu'assurément il était venu pour le voler, et il le fit mener chez le bailli de Bar, qui l'interrogea sur le fait dont on vient de parler. Cet homme lui raconta naïvement que s'étant mis en chemin sur les quatre heures du matin pour venir de Heiligenstein à Bar, ces deux lieux n'étant distants que d'un quart d'heure, il vit tout à coup, dans une place couverte de verdure et de gazon, un festin magnifique des mieux illuminés, où l'on se divertissait à l'envi, tant par la somptuosité du repas que par les danses qui s'y faisaient ; que deux femmes de sa connaissance et habitantes de Bar, l'ayant convié à se mettre de la compagnie, il se mit à table et profita de la bonne chère tout au plus pendant un quart d'heure ; après cela, qu'un des conviés ayant crié : *Cito! cito!* il se trouva enlevé tout doucement dans le grenier du tonnelier, sans savoir comment il y avait été transporté. C'est ce qu'il déclara en présence du bailli. La circonstance la plus singulière de cette histoire, c'est qu'à peine le menuisier eut-il fait sa déposition, que les *deux femmes* de Bar, qui l'avaient convié à leur festin, se *pendirent chacune chez elle* (1). »

Les magistrats traitèrent ce menuisier de visionnaire, et regardèrent comme aliénées les deux femmes qui s'étaient pendues; mais tel n'est pas l'avis de dom Calmet. Il est convaincu qu'on a voulu, en agisssant ainsi, étouffer cette affaire qui devait impliquer la moitié des habitants de Bar. « Quelque tournure qu'on donne à cet événement, il est difficile, dit-il, de ne pas reconnaître une opération manifeste du mauvais esprit dans le transport à travers les airs du menuisier, qui se trouve, sans le savoir, dans un grenier bien fermé. Les femmes qui se pendirent montrèrent assez qu'elles craignaient encore quelque chose de pis de

(1) Dom Calmet, *Traité des apparitions*, t. I, p. 170.

la part de la justice, si elles avaient été convaincues de magie et de sorcellerie. Et que n'avaient pas à craindre aussi leurs complices qu'il aurait fallu déclarer ! »

Chose singulière, on voit ailleurs ce même auteur, que la superstition et les idées régnantes entraînent ici à des jugements si étranges, apprécier parfaitement certaines hallucinations, et indiquer, aussi bien qu'on pourrait le faire aujourd'hui, le traitement qui leur convient.

Il n'est pas rare que, sous l'influence du hachisch, on sente ses membres s'allonger, son corps se gonfler. La même chose a lieu par l'usage de l'opium, du datura, etc.; on voit ce symptôme chez des aliénés et des hypocondriaques auxquels il semble que leur visage est bouffi et comme soufflé. — Boerhaave, atteint d'une affection du système nerveux, éprouva, dit-on, des hallucinations de ce genre. — Cabanis a vu un homme plein d'esprit et d'une raison très sûre, qui se sentait étendre et rapetisser pour ainsi dire à l'infini.

M[me] Guyon était si gonflée par la grâce, que ses robes et même sa peau se déchiraient. « Dans un excès de plénitude, dit-elle, une comtesse me délaça charitablement pour me soulager, ce qui n'empêcha pas que mon corps ne crevât des deux côtés. » Quand elle communiquait la grâce aux personnes qui l'entouraient, elle éprouvait une sensation opposée. Elle se sentait peu à peu comme débarrassée.

C'est à des hallucinations analogues qu'il faut attribuer le délire des lycanthropes. Ces malades, après s'être frottés avec des pommades narcotiques, dont Vierus, Cardan et d'autres auteurs nous ont transmis les formules, sentaient leurs membres s'allonger ou se tuméfier, et bientôt, l'imagination aidant, ils croyaient à une véritable transformation : cette transformation était attribuée au démon; mais telle

est la force de la vérité, qu'on supposait qu'il ne pouvait l'opérer qu'à l'aide d'un véritable empoisonnement : « Ce poison, dit Lauben, comme l'air empesté, comme le virus des maladies contagieuses, est porté par les veines dans toutes les parties de l'économie; alors se font sentir les effets de cet empoisonnement d'une nature spéciale. La peau fine et glabre de l'homme se durcit et se recouvre de poils comme celle des quadrupèdes, les ongles des mains s'allongent d'une manière horrible, les oreilles et le visage changent de forme, etc. » Voilà comment le diable, que Lauben compare aux chimistes, parvenait, *suo medicante pharmaco*, à opérer cette transformation. On voit qu'à part l'origine du poison tout cela était parfaitement exact.

32. *Hallucinations du toucher qui n'étaient que la reproduction de sensations vives antérieures.* Il me reste, avant de terminer ce qui a trait aux hallucinations du toucher, à rapporter quelques faits dans lesquels ces hallucinations n'ont été que la reproduction de sensations vives antérieures.

Mme G..., âgée de cinquante-quatre ans, fille d'un ancien avocat au parlement, est restée, jeune encore, après la mort de son père, sans appui et sans fortune. Longtemps elle a travaillé pour nourrir sa mère; mais celle-ci mourut. Restée seule, Mme G... ne sut pas maîtriser sa douleur, et dans son désespoir elle courut se précipiter dans la Seine. Retirée à demi-asphyxiée, elle ne voulut indiquer ni son nom ni sa demeure, et fut conduite au dépôt de Saint-Denis. Quelques années plus tard, elle épousait un ouvrier à la tête d'un petit commerce. Cet homme la rendit malheureuse. Les chagrins devinrent pour Mme G... l'origine d'une habitude funeste : elle commença à faire des excès de boisson. Toutes ces circonstances réunies lui ont troublé l'esprit, et quatre fois, en sept ans, elle est entrée

à la Salpêtrière pour cause d'aliénation mentale. Je dois ajouter qu'il existe depuis longtemps des palpitations et quelques signes d'affection organique du cœur.

Tels sont en peu de mots les antécédents de la malade.

Le 24 septembre dernier, Mme G... traversait une petite rue du faubourg Saint-Antoine. Un pot de fleurs, tombé d'une croisée, la frappe à la tête. Elle est renversée et portée, sans connaissance, dans la boutique d'un boulanger voisin. Bientôt on la transporte à l'hôpital annexe de l'Hôtel-Dieu, rue de Charenton, dans le service de M. Grisolle.

Pendant quelques jours la malade est dans une sorte de stupeur; elle ne se rend qu'incomplètement compte de ce qui se passe autour d'elle. Une plaie qui existait à la tête devient le point de départ d'un érysipèle qui envahit tout le cuir chevelu. Deux petits abcès se forment et sont successivement ouverts. Après sept ou huit jours, tous les accidents ont cessé; mais la malade commence à éprouver une hallucination des plus bizarres.

Il lui semble tout à coup recevoir encore sur la tête le pot de fleurs, comme au jour où elle a été renversée. La douleur lui arrache un cri, et à peine elle a été frappée qu'elle entend bien distinctement le bruit du pot qui se brise en éclats sur le plancher. Elle reste un instant avec un tremblement général, de fortes palpitations; puis, quand elle est un peu remise, elle cherche autour d'elle les fragments du pot brisé et s'étonne de ne pas les trouver.

Cette hallucination si pénible du toucher et de l'ouïe se répète dix, quinze, vingt fois par jour, et chaque fois avec les mêmes circonstances.

Plus tard une modification très singulière a eu lieu dans l'hallucination.

Tout à coup la malade éprouve un tressaillement général avec de fortes palpitations. C'est encore le pot de fleurs qui tombe; mais Mme G..., avertie, baisse brusquement et involontairement la tête et évite le coup. D'ailleurs elle entend, comme auparavant, le bruit du pot qui se brise auprès d'elle.

Ainsi l'hallucination du toucher a cessé, et celle de l'ouïe persiste.

Mme G..., à son entrée à la Salpêtrière, a dû prendre quelques bains; mais elle a demandé avec instance qu'on ne lui mît pas le couvercle de force destiné à fixer les malades agités, ce à quoi d'ailleurs on ne songeait pas. La raison de cette demande est simple. Si la malade, ainsi retenue, avait été surprise par son hallucination, elle n'eût pu baisser la tête et éviter le coup qu'elle redoutait.

Une dame veillant près de sa mère âgée et atteinte d'une maladie très grave, la vit tout à coup mourir dans ses bras avant qu'elle eût pu appeler personne. La main déjà froide de la mourante s'était placée sur l'épaule nue de sa fille, et y resta attachée pendant quelques instants après la mort. L'impression de cette main glacée avait été si forte, qu'elle s'est renouvelée spontanément chaque soir pendant trois mois chez la dame dont je viens de parler.

Les douleurs que les amputés éprouvent dans les membres qu'ils ont perdus constituent des hallucinations de même nature, et qui consistent dans la reproduction de sensations vives antérieures.

Hallucinations réunies de plusieurs sens.

53. *Quand il existe en même temps des hallucinations de plusieurs sens, celles d'un sens prédominent ordinairement sur les autres.* Il serait difficile de décider si les cas où les

hallucinations sont bornées à un sens sont plus fréquents que ceux dans lesquels plusieurs sens sont en même temps atteints de fausses perceptions. Ce qu'on peut affirmer comme un fait d'observation très général, c'est que chez le plus grand nombre des malades, les hallucinations de tel ou tel sens dominent à tel point que les autres ne sont qu'accessoires. Nicolaï, par exemple, avait ses visions depuis un mois lorsqu'il commença à entendre parler les personnages qui jusque-là s'étaient promenés silencieusement devant lui. Ces fausses perceptions de l'ouïe ne furent pour ainsi dire qu'un accident de sa maladie, dont les hallucinations de la vue restèrent le symptôme principal. Il en est ainsi le plus souvent chez les aliénés, qu'il faut quelquefois interroger pour découvrir des fausses perceptions dont ils ne songent point à parler, tant leur attention est absorbée par d'autres hallucinations plus fortes et plus continues.

Ce que je viens de dire ne s'applique d'ailleurs qu'aux malades chez lesquels les hallucinations se prolongent pendant un certain temps, et cesse d'être exact quand le phénomène est tout à fait passager.

Un médecin, dont l'observation sera rapportée plus loin, se couche en proie à une préoccupation très vive; à peine a-t-il éteint sa lumière, qu'il sent qu'on lui saisit le bras, entend une voix qui lui parle, et aperçoit l'ombre d'un ami qu'il avait perdu. Tout cela dura à peine quelques minutes, et les hallucinations du toucher, de l'ouïe et de la vue se succédèrent si rapidement et persistèrent si peu de temps, qu'on ne peut pas dire qu'aucune d'elles ait prédominé. Il en est ainsi dans une foule de cas que je pourrais citer. C'est donc seulement lorsque les fausses perceptions sensorielles se prolongent, et surtout lorsqu'elles deviennent chroniques, qu'on voit celles de tel ou tel sens devenir si

fortes et si continues, qu'elles font pour ainsi dire oublier les autres.

54. *C'est surtout dans les maladies aiguës qu'on observe en même temps des hallucinations de plusieurs sens.* — Les fausses perceptions de plusieurs sens, quand elles existent réunies chez le même malade, supposent ordinairement un trouble plus ou moins général : aussi rencontre-t-on souvent cette réunion dans le délire fébrile, dans le *delirium tremens*, dans la mélancolie avec stupeur, etc. Voici un exemple de ce genre chez un aliéné atteint de manie aiguë, et dont le délire était tel, que cet aliéné méconnaissait tous les objets qui l'entouraient.

« J'entendais, dit le malade, des bruits de marteaux, des chants efféminés et discordants de gens qui se réjouissent...

» J'entendais comme des coassements de reptiles immondes.

» J'entendais à mon côté droit, à la hauteur de ma tête, près de la cheminée, un bruissement semblable au bruit d'une feuille de papier qu'on secoue, ou bien à celui du linge quand on en savonne entre les mains; mais alors j'étais attentif, en silence, et la vie me revenait; et Satan s'éloignait, et je ne l'entendis plus. »

Au milieu des terreurs qui l'assiégeaient, il entendait encore la douce voix du père qui lui disait : « Je suis là, ne crains rien. »

Voilà pour les hallucinations de l'ouïe; celles de la vue étaient très compliquées.

« En cet instant, c'était la nuit, la chambre n'était éclairée que par une veilleuse; j'avais les yeux très ouverts, et je priais, observant tout ce qui se passait en moi et hors de moi. Tout à coup une flamme d'une blancheur éclatante et très douce, semblable à celle d'une grosse lampe, tomba

du ciel à travers le plafond ; elle se balança légèrement. s'arrêtant comme suspendue à hauteur d'homme au milieu de la chambre, et elle s'évanouit comme quelque chose qui se dissout...

« Je vis l'intérieur d'une belle chapelle ronde autour de laquelle, sur plusieurs rangs, les uns au-dessus des autres. étaient les saints en prière à genoux, les yeux levés vers le ciel comme dans l'attente d'un grand événement. »

En même temps que ces hallucinations de l'ouïe et de la vue, il y en avait d'autres qui se rapportaient à l'odorat, au goût et au toucher.

« La mort revenait pour m'effrayer ; *j'en sentais l'odeur.* »

Et ailleurs :

« Je sentis aussi plusieurs fois l'*odeur du nard* le plus exquis.

» Je fus nourri pendant ce temps d'une nourriture mystérieuse qui se plaçait sur mes *lèvres* et sur ma *langue* comme venant de l'air ; cette nourriture était comme de la manne et comme de la fleur de farine la plus pure. Je n'en désirais pas d'autre, car elle revenait chaque fois que je sentais la faim. »

Enfin le malade avait des illusions et des hallucinations de la sensibilité générale qui sont des plus curieuses.

« Saignées au bras droit, dit-il, sangsues au cou et ailleurs, glace, ventouses, sinapismes aux deux jambes, rien ne fut épargné ; mais je n'avais reçu de tout cela ni bien ni mal, car l'enveloppe extérieure de mon corps était devenue comme un marbre insensible qu'un ouvrier taille à sa façon.

» Je sentis qu'on venait, en me saignant, de substituer à mon bras droit, à partir du coude, un bras de pierre ; à partir de l'aine, une jambe de pierre, et qu'on cherchait à

substituer à ma tête une tête de pierre, ou de fer, ou de bronze.

» Je sentais quelque chose qui parcourait toutes les parties de mon corps, et qui cherchait à en sortir, etc.

» Il me semblait qu'on m'avait ouvert le côté, et que tout mon sang arrosait la terre sur laquelle nous avancions (1). »

Cette illusion ou cette hallucination qui faisait croire au malade que son sang arrosait la terre, avait été observée chez un aliéné stupide, dont je rapporterai l'histoire plus loin.

Il y a des malades atteints de *delirium tremens* qui ont en même temps des hallucinations de la vue, de l'ouïe et du toucher. Il en est de même chez certains mélancoliques qui n'ont pas conscience de ce qui se passe autour d'eux, et vivent dans un monde complètement imaginaire.

On trouve aussi quelquefois des hallucinations de plusieurs sens dans la folie chronique. Les fausses perceptions de l'ouïe dominent ordinairement dans ce cas, et les visions n'ont lieu, le plus souvent, que la nuit, dans une sorte d'état intermédiaire à la veille et au sommeil. Quant aux hallucinations de l'odorat, du goût et du toucher, il est important de rappeler combien elles sont difficiles à distinguer des illusions des mêmes sens, et combien on doit se méfier, sous ce rapport, d'aliénés que la nature de leur délire porte à tout exagérer, à tout transformer. Voici deux observations d'hallucinations de plusieurs sens dans la folie chronique : l'une des malades est encore actuellement à la Salpêtrière ; le second fait est emprunté à Marc.

La femme P..., âgée de soixante-cinq ans, aliénée depuis

(1) *Histoire d'un fou guéri deux fois malgré les médecins et une fois sans eux.*

quatre ans, se plaint chaque jour des tourments affreux qu'elle endure, et qui sont dus à des hallucinations de tous les sens.

La nuit elle voit des figures menaçantes, des têtes sans corps qui l'effrayent; quelquefois c'est sa propre image, c'est son portrait qui lui apparaît. Une fois elle a vu sa mère, morte depuis longtemps, marcher à *quatre pattes.*

Elle entend continuellement des voix qui l'insultent, ou bien qui lui racontent des choses tristes ; ces voix lui répètent, par exemple, que sa mère est morte, etc.

On lui envoie des odeurs d'enfants pourris ; elle a aussi souvent senti l'*odeur d'arsenic* à plein nez.

Cette femme ne mange que du pain, parce que la viande et les légumes ont un goût d'arsenic.

Enfin elle reçoit des coups sur la tête, sur les membres: on lui donne des crampes dans les jambes, des sueurs glacées, des catarrhes ; on lui retire son haleine, et on lui fait porter le sang à la tête, etc.

« J'ai vu, dit Marc, dans une maison de santé de la capitale, un homme déjà âgé, qu'un revers de fortune avait rendu mélancolique. Depuis plusieurs années, il n'avait pas proféré une parole, et sa seule occupation consistait à flairer et à lécher les murs de sa chambre ainsi que le seuil de sa porte, quelquefois pendant des heures entières, sans qu'on pût s'expliquer le motif d'une action aussi extravagante que pénible, et dont la fréquence ainsi que la durée avaient laissé des empreintes profondes et nombreuses sur les cloisons de plâtre du lieu qu'il habitait. Plusieurs fois déjà, pendant mes visites, je l'avais interrogé sans succès sur les motifs d'une conduite si étrange, et qui ne pouvait inspirer que le dégoût et la compassion, lorsqu'un jour, ayant l'air de ne pas le remarquer, je demandai à un surveillant d'où provenaient les taches et les excavations à la

fois sales et nombreuses que j'apercevais sur les murs. A notre grand étonnement, le malade rompit le long silence qu'il avait observé jusqu'à ce jour pour me dire : *Vous appelez cela des taches sales, des excavations.* Vous ne voyez donc pas que ce sont des *oranges du Japon?* Quels *fruits délicieux!* quelles *couleurs*, quelle *odeur*, quelle *saveur admirables!*

» Et le malade de se mettre à respirer et à lécher avec un redoublement d'ardeur. Dès lors, tout fut expliqué, et le pauvre malade, que jusque-là j'avais plaint comme le plus infortuné des hommes, était, au contraire, très heureux, puisque les hallucinations les plus agréables des sens, de la vue, de l'odorat et du goût lui procuraient des jouissances continuelles (1). »

55. *De l'ordre dans lequel les hallucinations de plusieurs sens se succèdent.* Les hallucinations des différents sens se trouvent souvent associées deux à deux, trois à trois, et d'après des circonstances qu'il est difficile d'apprécier. M. le docteur Pressat a cru remarquer que les fausses perceptions sensorielles se succédaient chez le même malade dans l'ordre suivant : hallucinations de la vue ou de l'ouïe, de l'odorat, du goût et du toucher. « De manière, dit-il, que les dernières ont toujours entraîné celles des sens précédents : ainsi l'halluciné de l'odorat l'est aussi de la vue et de l'ouïe ; l'halluciné du toucher général l'est aussi de la vue, de l'ouïe, de l'odorat et du goût en même temps (2). »

L'observation faite par M. Pressat me paraît vraie en général, mais l'incertitude qui règne le plus souvent sur la nature des fausses perceptions de l'odorat, du goût et du toucher, laissera toujours quelque doute à ce sujet. Ainsi,

(1) Marc, *De la folie considérée dans ses rapports avec les questions judiciaires.* Paris, 1840, t. I, p. 191.
(2) Pressat, *Observation sur l'absence du nerf olfactif.* Thèse, 1833.

si l'on rangeait parmi les hallucinations du toucher beaucoup de sensations accusées par les hypochondriaques, et dont il est impossible de découvrir le point de départ, la loi établie par M. Pressat cesserait d'être vraie, ces fausses perceptions existant, en effet, très souvent isolées de celles des autres sens. Il en est quelquefois de même des hallucinations de l'odorat et j'ai cité plus haut deux exemples de ce genre.

56. *Influence de l'association des idées sur les fausses perceptions sensorielles qui affectent en même temps plusieurs sens.* Quand il existe des hallucinations de plusieurs sens, ces hallucinations ont ordinairement entre elles des rapports étroits. Ainsi, on a pu remarquer dans l'observation rapportée par Marc, que le malade qui voyait des oranges sentait en même temps l'odeur et la saveur de ces fruits. Le diable qui apparaît aux démoniaques laisse après lui une odeur de soufre.

Quelquefois les hallucinations de plusieurs sens reproduisent des sensations vives antérieures qui ont eu lieu en même temps. J'ai cité aussi plusieurs exemples de ce genre. Une femme reçoit un pot de fleurs sur la tête, et entend immédiatement le bruit que fait ce pot en se brisant en éclats sur le pavé. Plus tard, elle sent vingt fois par jour le même coup et entend le même bruit. — Un médecin célèbre, au début de ses études médicales, est vivement impressionné par la vue du cadavre d'un enfant à demi rongé par les vers. Le lendemain, en se levant, il revoit tout à coup le cadavre de cet enfant et en sent l'odeur infecte.

Dans une foule de cas analogues, l'association des idées explique l'existence simultanée des hallucinations de plusieurs sens. Je reviendrai d'ailleurs plus tard sur le rapport qu'ont entre elles les fausses perceptions sensorielles, en parlant du mode de production du phénomène.

RÉSUMÉ.

Les hallucinations de l'ouïe sont les plus fréquentes et les plus compliquées.

Les plus simples ne consistent guère qu'en des bruits de différente nature, ou bien dans la reproduction de quelques mots ou de quelques phrases toujours les mêmes.

Lorsque ces hallucinations deviennent plus compliquées, elles reflètent, pour ainsi dire, les préoccupations des malades.

Quelquefois il semble à l'halluciné qu'on répète tout haut ses pensées ou ses paroles; dans ce cas le malade suppose qu'il y a autour de lui une sorte d'*écho*. Quelquefois on redit ce que l'halluciné vient de lire.

Les interlocuteurs invisibles parlent le plus souvent au malade à la seconde personne; plus rarement ils s'entretiennent de lui, et il assiste comme simple spectateur à une conversation dont il est l'objet.

Le nombre des *voix* varie; il peut n'en exister qu'une seule, ou bien deux, trois, quatre, et jusqu'à dix ou douze. Quand il y en a deux, souvent l'une conseille le bien et l'autre le mal, et les hallucinations reflètent alors les combats de la conscience.

Les hallucinés engagent souvent de longues conversations avec les personnages invisibles qui les entourent. Quelquefois ils font en même temps la demande et la réponse, mais avec *deux voix différentes*; l'une est la voix ordinaire, l'autre une sorte de voix gutturale qui rend très difficile à entendre ce que le malade dit de cette manière.

Les aliénés semblent dans quelques cas pouvoir reproduire à volonté leurs fausses perceptions sensorielles; ils font quand il leur plaît des questions à leurs prétendus interlocuteurs, et en reçoivent des réponses.

Chez ceux qui savent plusieurs langues, les *voix* se servent ordinairement de la langue qui est la plus familière au malade.

Les fausses perceptions de l'ouïe sont assez souvent la reproduction de sensations vives antérieures.

Les *voix* que les hallucinés entendent sont graves et fortes, ou ressemblent à des murmures et à des chuchotements; quelquefois elles ne font pas de bruit: ce sont des *voix secrètes intérieures*; les malades entendent la *pensée* à distance, ils conversent d'*âme* à *âme*, ils causent en *idée*, etc.

La direction dans laquelle les *voix* arrivent aux malades, et la distance à laquelle elles sont entendues, varient extrêmement. Les interlocuteurs invisibles sont tantôt à l'étage supérieur, ou au-dessous du plafond, ou dans un meuble, dans le lit, etc.; souvent ces *voix* paraissent venir de très loin, d'où le mot de *porte-voix* qu'emploient si souvent les hallucinés.

Les *voix* ne sont quelquefois entendues que par une seule oreille.

Des bruits de différente nature, des bourdonnements dans les oreilles, précèdent ou accompagnent souvent les hallucinations de l'ouïe.

Les hallucinés entendent quelquefois les *voix* dans leur tête, dans leur gorge, dans leur poitrine, mais plus souvent à l'épigastre; dans ce dernier cas, le développement d'une vive sensibilité dans la région épigastrique, et une sorte de ventriloquie que le malade produit à son insu, paraissent les causes probables du siège que les hallucinés assignent à leurs fausses perceptions.

Les hallucinations de l'ouïe sont presque constantes chez les aliénés atteints de surdité.

L'étude des phénomènes intellectuels dans les fausses

perceptions de la vue est beaucoup plus simple que dans celles de l'ouïe. Ces fausses perceptions reproduisent tantôt un objet toujours le même, mais plus souvent des objets très variés.

Les hallucinations de la vue, comme celles de l'ouïe, ont souvent des rapports avec les préoccupations des malades; elles ne sont aussi quelquefois que la reproduction de sensations vives antérieures.

Les phénomènes sensoriels sont plus faciles et plus importants à étudier dans les fausses perceptions de la vue, que dans celles des autres sens.

Les images qui apparaissent aux hallucinés sont tantôt si vives, que ces malades indiquent avec précision les moindres détails; tantôt, au contraire, elles ne se montrent que comme à travers un voile ou une gaze très fine.

Les personnages que voient les hallucinés sont immobiles, ou bien, au contraire, exécutent différents mouvements. Ces personnages se succèdent rapidement et se transforment.

Les images persistent pendant un temps variable ; avant de disparaître, elles pâlissent, deviennent comme vaporeuses, semblent se confondre avec l'air; certaines parties se montrent plus longtemps que d'autres.

Les visions ont quelquefois lieu indifféremment le jour ou la nuit, souvent elles ne se produisent que dans l'obscurité, et la lumière les dissipe aussitôt. L'abaissement des paupières suffit pour les provoquer chez quelques malades.

Les aveugles ont quelquefois des hallucinations de la vue.

On ne peut plus, dans les hallucinations de l'odorat, du goût et du toucher, comme dans les fausses perceptions de la vue et de l'ouïe, séparer les phénomènes intellectuels et sensoriels.

Les hallucinations de l'odorat et du goût s'observent surtout dans les maladies aiguës, elles sont difficiles à distinguer des illusions des mêmes sens.

Les malades qui ont de fausses perceptions du toucher se sentent frappés par des ennemis cachés, des mais invisibles les saisissent et les arrêtent; d'autres se plaignent que des insectes courent sur leurs corps; que la surface de leur peau est mouillée, etc.

Il est presque impossible de distinguer les illusions et les hallucinations de la sensibilité générale auxquelles se rattachent presque toutes les fausses perceptions des hypochondriaques. Les douleurs que les amputés rapportent à des membres qu'ils n'ont plus, sont l'exemple le plus tranché de ce genre d'hallucinations.

Les fausses perceptions relatives aux organes génitaux sont très fréquentes chez les femmes. C'est à des cas de cette espèce qu'il faut rapporter tout ce qu'on a dit des démons incubes et succubes.

Les hallucinations qui font croire aux malades que leur corps grandit ou se gonfle, ou bien qu'ils sont soulevés de terre, expliquent en partie le délire des lycanthropes et des sorciers.

Les hallucinations du toucher ne sont quelquefois que la reproduction de sensations vives antérieures.

Quand il existe en même temps des fausses perceptions de plusieurs sens, celles d'un sens prédominent ordinairement sur les autres.

C'est surtout dans les maladies aiguës qu'on observe les hallucinations réunies de plusieurs sens.

Les rapports qu'ont entre elles les hallucinations réunies de plusieurs sens peuvent s'expliquer par l'influence de l'association des idées.

II

DE LA

NATURE DES HALLUCINATIONS

57. *Ce qu'on doit entendre par la nature des hallucinations.* Des opinions très différentes ont été émises sur la nature des hallucinations. Ce phénomène, en effet, a été considéré par certains auteurs comme purement intellectuel et tout à fait indépendant des appareils sensoriels ; d'autres, au contraire, ont pensé qu'il ne pouvait avoir lieu sans la participation des organes des sens. Les premiers n'ont vu chez les hallucinés que des idées reproduites par la mémoire, associées par l'imagination; les seconds admettent qu'il y a chez ces malades des impressions sensorielles aussi réelles que celles de l'état normal. La dissidence porte ici sur le fait même de la nature des hallucinations, qui différeraient en effet complètement selon qu'on les considère comme purement psychiques, ou bien comme le résultat de la double action de l'imagination et des organes des sens. Il importe encore de rechercher si les fausses perceptions sensorielles sont dues à une altération du cerveau appréciable par nos moyens d'investigation, et, dans le cas contraire, quelle idée on peut se faire de la nature des causes immédiates qui les produisent.

I. — L'hallucination est-elle un fait purement psychique ou psycho-sensoriel ?

58. *La nature des hallucinations n'est pas la même dans tous les cas.* Si l'on n'étudie les hallucinations que chez les aliénés, si surtout on ne tient compte que des fausses perceptions de l'ouïe dans la folie chronique, on sera souvent porté à considérer le phénomène comme purement psychique. L'analyse des observations d'hallucinations de la vue chez des personnes saines d'esprit conduit, au contraire, presque nécessairement à admettre l'action des appareils sensoriels. Les dissidences des auteurs peuvent s'expliquer ainsi par les conditions différentes dans lesquelles les recherches ont eu lieu, et par la nature des faits sur lesquels on s'est appuyé. On serait donc arrivé depuis longtemps, en tenant compte de l'ensemble des observations, à reconnaître que la nature des hallucinations n'est pas la même dans tous les cas.

L'étude des malades atteints de fausses perceptions de l'ouïe aurait pu conduire directement à faire adopter cette opinion. Il est, en effet, de ces malades qui, comme ils le disent eux-mêmes, n'éprouvent rien qui ressemble à une sensation auditive, ils entendent la *pensée*. Le phénomène chez eux n'a rien de sensoriel. La *voix* qui leur parle est une *voix* secrète, intérieure, et tout à fait différente de celle qu'on perçoit par les oreilles. Il y a d'autres hallucinés, au contraire, qui affirment que les *voix* qui leur arrivent sont fortes, sonores, et en tout semblables aux *voix* ordinaires. Dans quelques cas même le malade a éprouvé successivement deux phénomènes de différente nature, et qu'il sait parfaitement distinguer. Il importe donc d'établir quelques divisions entre les fausses perceptions sensorielles.

59. *Division des hallucinations en deux classes.* Il y a

lieu d'admettre deux sortes d'hallucinations, les unes complètes, composées de deux éléments et qui sont le résultat de la double action de l'imagination et des organes des sens : ce sont les hallucinations *psycho-sensorielles*; les autres, dues seulement à l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination, sont tout à fait étrangères aux organes des sens, elles manquent de l'élément sensoriel, et sont par cela même incomplètes : ce sont les hallucinations *psychiques*. Je vais étudier successivement ces deux ordres de phénomènes, admis, d'ailleurs, depuis longtemps par les auteurs mystiques, qui, sous ce rapport, ont beaucoup mieux compris la nature des hallucinations que les médecins eux-mêmes.

II. — Hallucinations psycho-sensorielles.

60. *La participation des organes des sens aux hallucinations ne saurait être expliquée, mais elle peut jusqu'à un certain point être prouvée.* On a vu que la participation des organes des sens aux hallucinations avait été niée par plusieurs auteurs. L'action des appareils sensoriels dans ce cas est, en effet, très difficile à comprendre. Les explications qu'on a données étaient d'ailleurs bien plus propres à faire rejeter cette opinion qu'à la faire admettre. Il y a, en effet, des phénomènes dont il est impossible de pénétrer le mécanisme, et malheureusement l'hallucination paraît être de ce nombre. Si donc nous admettons l'intervention des appareils sensoriels dans les hallucinations, ce n'est pas parce qu'on peut l'expliquer, mais bien parce qu'elle nous paraît démontrée :

1° Par le témoignage des malades, et surtout de ceux qui ont eu des hallucinations sans délire ;

2° Par les détails qu'ont donnés sur leurs fausses perceptions quelques hallucinés sains d'esprit, et que la nature de leurs études mettait à même de bien juger ce qu'ils éprouvaient

61. *Preuves qu'il existe des hallucinations psycho-sensorielles. Témoignage des hallucinés sains d'esprit. Opinion de Burdach.* Burdach, qui a éprouvé des hallucinations de la vue dans l'état intermédiaire à la veille et au sommeil, et qui les a étudiées avec soin, s'explique de la manière la plus nette sur la nature du phénomène.

« Ce sont réellement, dit-il, des images qui apparaissent au *sens de la vue*; chacun peut s'en convaincre par le témoignage de sa propre conscience. »

Et plus loin il ajoute :

« Quand ces images nous assiègent, nous les voyons *réellement*, c'est-à-dire qu'à l'occasion de la pensée, nous avons dans *l'œil la même sensation que si un objet extérieur* se trouvait placé devant cet *œil vivant* et *ouvert* (1).

Il est assurément impossible de s'expliquer avec plus de précision, et Burdach parlait de ce qu'il avait lui-même *éprouvé* et *senti*.

62. *Opinion de Müller, d'après ses propres hallucinations.* Le passage suivant de Müller, outre les particularités curieuses qu'il renferme sur le phénomène des images fantastiques, prouve que ce physiologiste appréciait comme Burdach les hallucinations de la vue qu'il éprouvait souvent avant de s'endormir.

« Qui ne se rappelle, dit Müller, les images fortement dessinées qui flottent devant les yeux avant qu'on s'endorme, la clarté qui parfois apparaît alors dans ces organes, quoiqu'ils soient fermés, les apparitions et les métamorphoses si souvent brusques de ces images, les sons qu'on entend souvent tout à coup, sans nulle cause extérieure, comme si quelqu'un nous parlait à haute *voix* dans l'oreille? *En s'observant soi-même avec attention, on demeure bientôt*

(1) Burdach, *Traité de physiologie*, traduct. de Jourdan, Paris, 1839, t. V. p. 207.

convaincu que ce ne sont pas là de simples idées, et qu'il y a réellement des sensations. Quiconque peut encore s'observer au moment de s'endormir parviendra quelquefois à saisir les images avant qu'elles se soient évanouies de l'œil. Mais la chose a lieu aussi chez celui qui se trouve éveillé dans une chambre obscure; car il n'est pas rare qu'on se surprenne alors ayant dans les yeux des images claires, des paysages ou autres objets semblables. Aristote avait déjà fait cette remarque, Spinoza aussi, Gruithuisen également. J'ai été autrefois fort sujet à ce phénomène, pour lequel j'éprouve aujourd'hui moins de disposition; mais j'ai contracté l'habitude, toutes les fois qu'il se présente, d'ouvrir les yeux sur-le-champ et de les diriger sur la muraille : les images persistent encore pendant quelque temps, et ne tardent pas à pâlir; on les voit là où l'on tourne la tête, mais je ne les ai pas vues se mouvoir avec les yeux. D'après les informations que j'ai coutume de prendre chaque année auprès de mes élèves, j'ai acquis la conviction que, proportion gardée, il y en a très peu qui connaissent ce phénomène, un ou deux sur des centaines. Cependant je suis persuadé que cette proportion est plus apparente que réelle, et que l'observation réussirait chez beaucoup de personnes, si elles apprenaient à l'observer en temps utile. Du reste, nul doute non plus que le phénomène n'arrive point chez une multitude d'hommes; moi-même je suis quelquefois des mois entiers sans l'éprouver, tandis que j'y étais fort sujet dans ma jeunesse. Jean-Paul recommandait d'observer les fantômes qui apparaissent avant qu'on s'endorme, comme un moyen de s'endormir réellement (1). »

Ainsi Müller, comme Burdach, jugeant d'après sa propre

(1) Müller, *Manuel de physiologie*, trad. par Jourdan. Paris, 1845, t. II, p. 536.

expérience, affirme que les hallucinations ne sont pas de simples idées, mais bien réellement des *sensations*.

63. *Preuves tirées de l'état complet de veille et de lucidité dans lequel les hallucinations ont lieu; hallucinations du physiologiste anglais Bostock.* Il faut surtout tenir compte de l'état complet de veille et de lucidité dans lequel les hallucinations se continuent dans quelques cas. Tel est le fait du physiologiste anglais Bostock.

« Comme j'étais sans délire, dit-il en parlant de ses visions, je pus faire mes observations sur elles pendant les *trois jours* et les trois nuits qu'elles se montrèrent presque *sans interruption*. Pendant environ vingt-quatre heures, j'eus *constamment devant moi* un visage humain dont les traits, l'habillement étaient aussi distincts que ceux d'une personne vivante, et dont l'ensemble, après un intervalle d'un grand nombre d'années, m'est présent comme au moment même (1). »

J'ai cité plus haut l'observation d'un malade qui s'explique encore plus nettement, s'il est possible, sur l'état de de veille de lucidité dans lequel il avait ses hallucinations.

« Complètement éveillé, dit-il, fort calme, ayant toute ma mémoire et ma raison, conversant avec les assistants, distinguant parfaitement les objets extérieurs, je fus charmé par une succession de figures que ma volonté n'avait pas le pouvoir d'empêcher de paraître, de rester ou de s'en aller. »

64. *Les idées reproduites par la mémoire et l'imagination ne peuvent être confondues avec les hallucinations psycho-sensorielles; observations de Nicolaï.* Si les hallucinations n'étaient que des idées reproduites par la mémoire, associées par l'imagination, il faudrait, pour les confondre avec

(1) Brierre de Boismont, *Des hallucinations*. Paris, 1845, p. 48.

les sensations, que le malade fût en proie au délire. Or, comment comprendre cette erreur chez des personnes instruites, qui déclarent qu'elles avaient toute leur raison et qu'elles appréciaient aussi nettement que possible ce qui se passait autour d'elles? J'ai moi-même éprouvé un assez grand nombre de fois, au moment du sommeil, le phénomène des images fantastiques; je l'ai étudié avec soin, et il m'est resté cette conviction, que les images qui m'apparaissaient spontanément et que je voyais à une certaine distance, et quelquefois avec une netteté parfaite, ne sauraient en aucune manière être assimilées à celles que reproduit la mémoire. Quand on cherche à se figurer un objet, on se rappelle successivement les différentes parties qui le composent, il semble alors qu'on les voit; mais, en réalité, on n'aperçoit rien, et il n'y a là qu'un fait purement psychique. Quand, au contratre, dans l'état intermédiaire à la veille et au sommeil, ce même objet apparaît spontanément, alors on le voit hors de soi, à une certaine distance, sans aucun effort, et, comme le dit Burdach, on éprouve la même sensation que si cet objet était placé devant l'œil vivant et ouvert.

Je rappellerai d'ailleurs que le savant Nicolaï s'est très nettement expliqué sur ce point :

« J'essayai, dit-il, de reproduire à volonté les personnes de ma connaissance par une objectivité intense de leur image; mais, quoique je visse distinctement *dans mon esprit* deux ou trois d'entre elles, je ne pus réussir à rendre *extérieure* l'image intérieure. »

Ainsi Nicolaï, comme tous les malades capables de bien juger leurs fausses perceptions, était bien loin de confondre les produits de l'imagination avec les hallucinations. Voir dans son esprit est une locution vicieuse, car en réalité on ne fait que se souvenir d'avoir éprouvé une sensation bien

réelle; dans l'hallucination, on voit réellement, et l'on ne saurait en fournir de meilleure preuve que la conviction intime qui reste au malade.

65. *Preuves qu'il existe des hallucinations psychologiques sensorielles. Témoignage des aliénés guéris.* Le témoignage des aliénés qui acceptent comme existant réellement tout ce que reproduisent leurs fausses perceptions sensorielles, ce témoignage n'a sans doute que peu de valeur. Il faut, en effet, dans les renseignements qu'on obtient, faire la part du délire. Cependant il importe de faire remarquer qu'on peut souvent interroger ces aliénés après leur guérison, alors qu'ils sont parfaitement sains d'esprit, et nul doute qu'on ne doive, dans ce cas, ajouter une assez grande confiance aux détails qu'ils donnent sur ce qu'ils ont éprouvé.

Esquirol a connu des hallucinés qui, *après* leur maladie, lui disaient : « *J'ai vu, j'ai entendu aussi distinctement que je vous vois, que je vous entends* (1). »

Plusieurs, ajoute-t-il encore, racontent leurs visions avec un sang-froid qui n'appartient qu'à la conviction la plus intime. Aussi les sorciers hallucinés se laissaient-ils brûler plutôt que de nier qu'ils eussent été au sabbat (2).

66. *Témoignage des aliénés.* Quant aux aliénés, pendant la durée de leur maladie, il y a dans la manière dont ils s'expriment un tel accord, qu'il est impossible de ne pas tenir compte, au moins jusqu'à un certain point, de leurs affirmations.

M. Lélut essayait de combattre la conviction d'un halluciné dont les fausses perceptions duraient depuis plusieurs années. Je ne suis pas fou, répondait-il; je *sens* bien ce que *je sens*. »

(1) Esquirol, *Traité des maladies mentales*. Paris, 1838, t. I, p. 194.
(2) Id., *Ibid.*, p. 194.

« Il n'y a rien à répliquer à cela, ajoute M. Lélut; ses hallucinations sont plus fortes, plus nettes, plus suivies que la plupart de nos vraies sensations, et sa réponse à mes insinuations est celle que m'ont toujours faite tous les malades se trouvant dans le même cas que lui (1). »

Une des preuves invoquées par M. Foville pour démontrer que les hallucinations ne sont pas des erreurs de l'imagination, c'est que les aliénés, après leur guérison, affirment avoir entendu aussi distinctement que dans l'état normal. Un jour ce médecin voulait dissuader un prêtre halluciné :

« Monsieur, répondait ce malade, je dois donc douter de tout ce que vous me dites; je dois douter que je vous vois, que je vous entends (2). »

Leuret a reçu la même réponse d'un Portugais traité à la maison de Charenton.

« Vous prétendez que je me trompe, disait-il, parce que vous ne comprenez pas comment ces *voix* que j'entends arrivent jusqu'à moi; mais je ne comprends pas plus que vous comment cela se fait; ce que je sais bien, c'est qu'elles y arrivent, puisque *je les entends*. Elles sont pour moi aussi *distinctes* que votre *voix*, et si vous voulez que j'admette la réalité de vos paroles, laissez-moi aussi admettre la réalité des paroles qui me viennent je ne sais d'où, car la réalité des unes et des autres est également sensible pour moi (3). »

« Les hallucinés, dit M. Aubanel, racontent leurs sensations avec une *netteté* et une *précision* peu ordinaires. Leur croyance est si intime, leur conviction si profonde, qu'ils vous disent quelquefois : Je vous assure, monsieur,

(1) Lélut, *Démon de Socrate*, p. 295.

(2) Foville, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, article ALIÉNATION MENTALE, t. I, p. 485 et suiv.

(3) Leuret, *Fragments psychologiques*, p. 209.

que ce que j'ai vu est aussi clair que le jour; il faut que je doute que je vous vois, que je vous entends (1). »

Bayle a publié dans la *Revue médicale* l'observation remarquable d'une demoiselle hallucinée qui se croyait entourée de démons, qu'elle voyait, qu'elle entendait et qu'elle touchait. Voici ce qu'elle répondait quand on essayait de lui démontrer son erreur.

« Comment connaît-on les objets? disait-elle, parce qu'on les voit, et qu'on les touche; comment connaît-on les personnes? parce qu'on les voit, qu'on les entend et qu'on les touche. Or, je vois, j'entends, je touche les démons qui sont hors de moi, et je sens de la manière la plus distincte ceux qui sont dans mon intérieur. Pourquoi voulez-vous que je répudie le témoignage de mes sens, lorsque tous les hommes les invoquent comme l'unique source de leurs connaissances? » Quelquefois on se faisait auprès d'elle un argument des erreurs de même nature qu'elle reconnaissait chez les autres malades, mais elle repoussait bien loin cette comparaison.

« Ce que mon œil voit, répondait-elle, mon oreille l'entend, ma main le touche; les malades dont vous me parlez se trompent, l'un de leurs sens est contredit par l'autre; pour moi, au contraire, j'ai l'autorité de tous. »

Je crois inutile de faire un plus grand nombre de citations; celles qui précèdent suffisent pour prouver quel accord existe entre les hallucinés dans la manière dont ils rendent compte de leurs fausses perceptions sensorielles. Ce que j'ai moi-même observé est en tout point conforme à ce qu'ont écrit Esquirol, MM. Lélut, Foville, Leuret, Aubanel, Bayle, etc.; j'ajouterai seulement qu'il faut distinguer sous ce rapport plusieurs classes de malades. Ceux qui ont des hallucinations complètes ou psycho-

(1) Aubanel, thèse, 1839, p. 80.

sensorielles sont les seuls qui s'expriment comme je viens de le dire; les autres, au contraire, comme on le verra, indiquent dans quelques cas d'une manière tout aussi précise que ce qu'ils entendent est très différent des *voix* ordinaires, que les oreilles n'y sont pour rien, que c'est tout intérieur, qu'ils n'entendent que la *pensée*, etc.

Ainsi, soit qu'on invoque le témoignage des personnes saines d'esprit qui ont eu des hallucinations passagères, soit qu'on interroge les aliénés après leur guérison ou même pendant leur maladie, on arrive à ce fait, que les perceptions sensorielles des hallucinés sont aussi réelles, aussi distinctes que les sensations normales.

67. *Preuves qu'il existe des hallucinations psycho-sensorielles. Détails que les hallucinés donnent sur la manière dont ils sont impressionnés. Hallucinations de l'ouïe.* Parmi les détails que les hallucinés donnent sur leurs fausses perceptions, il en est qui peuvent servir à démontrer la réalité de l'impression sensorielle. Non seulement les malades qui ont des hallucinations de l'ouïe indiquent le caractère de la *voix* qu'ils entendent, et qui est forte et grave, ou faible et criarde, mais il arrive parfois que cette *voix* n'est entendue que par une seule oreille. Il y a des faits qui méritent surtout de fixer l'attention sous ce rapport; ce sont ceux dans lesquels les hallucinés ont éprouvé successivement ou éprouvent encore simultanément deux phénomènes distincts: des *voix* avec bruit, venant de l'extérieur, et en tout semblables à celles que l'on entend par les oreilles, et d'autres *voix* secrètes, intérieures, qui ne font point de bruit, et auxquelles les organes auditifs sont tout à fait étrangers.

Ces observations sont d'autant plus importantes qu'elles se reproduisent chaque jour dans les rêves. Les fausses perception de l'ouïe sont alors, en effet, le plus souvent

psychiques, et ce n'est qu'exceptionnellement qu'elles deviennent réellement sensorielles pendant le sommeil.

J'ajouterai que Gruithuisen, cité par Burdach, a donné la preuve la plus directe de l'intervention des sens dans les fausses perceptions de l'ouïe; il rapporte, d'après sa propre expérience et celle d'autres personnes, des cas dans lesquels les organes sensoriels avaient encore au réveil l'arrière-sensation de l'impression qui avait été rêvée, où, après un rêve dans lequel on s'était figuré entendre un coup de canon, l'oreille causait de la douleur et tintait (1).

68. *Détails sur la manière dont les hallucinés sont impressionnés. Hallucinations de la vue.* C'est surtout dans les observations de fausses perceptions de la vue qu'on trouve les détails les plus propres à confirmer l'opinion que je soutiens ici. Bostock a remarqué que les images suivaient la direction des yeux. Gruithuisen a vu des cas dans lesquels ces images couvraient les objets extérieurs, où conformément aux lois ordinaires de l'optique, « tantôt une image fantastique très brillante laissait à sa place une figure de même forme, mais obscure; tantôt, après avoir rêvé du spath fluor violet sur des charbons ardents, on apercevait une tache jaune sur un fond bleu; ou enfin, après avoir rêvé qu'on parcourait une bibliothèque de gauche à droite, les images des livres passaient devant les yeux de droite à gauche pendant quelques minutes encore après le réveil (2). »

La progression décroissante dans la vivacité des images si bien décrite par Nicolaï, et surtout la persistance de certaines parties des objets qui restent visibles beaucoup plus longtemps que d'autres, sont aussi des faits qu'il est

(1) Burdach, *Traité de physiologgie*, t. V., p. 202.
(2) Burdach, *ouvrage cité*, t. V, p. 206.

utile de rappeler pour démontrer l'action des organes des sens.

L'observation suivante est une des plus importantes qu'on puisse citer pour prouver qu'il y a chez les hallucinés des phénomènes véritablement sensoriels.

« M. H..., d'un tempérament sanguin nerveux, d'une imagination vive, a fréquemment vu, en regardant une ligne de lampes dans la rue, et en tournant brusquement les yeux sur un nuage sombre, la ligne de lampes s'y continuer pendant un temps considérable. Sa première hallucination eut lieu en 1838; il lisait l'histoire de la maison de Bourgogne, par Ph. de Commines. En portant sa vue vers la croisée qui éclairait fortement une chaise placée près de lui, il aperçut sur cette chaise un crâne, et, persuadé de la réalité de cette vision, il se disposait à sonner, afin de demander pourquoi on avait apporté cet objet dans l'appartement; mais voulant l'examiner de près auparavant, il se leva et s'avança vers la chaise: il était sur le point de saisir le crâne, quand celui-ci disparut. M. H... fut si surpris de cette circonstance, qu'il se sentit prêt de tomber, et, pendant le reste de l'après-dîner, il éprouva un léger étourdissement.

» Quinze jours après, M. H... était assis dans la classe de rhétorique de l'Université d'Édimbourg, parlant avec un ami avant la leçon, lorsque, tournant subitement les yeux vers la croisée, il vit de nouveau le crâne sur le pupitre qui règne le long de la pièce. Sa conviction fut encore telle, qu'il dit immédiatement à son ami : « Je ne sais ce que le professeur va faire aujourd'hui avec un crâne. » En réfléchissant sur ces deux faits, M. H... se rappela que quelques mois auparavant il avait vu sur la route des gens venir à lui, et qu'il s'était étonné de leur prompte disparition. Il n'eut pas alors la pensée que c'était une vision.

» Un soir, au crépuscule, étant assis dans le jardin, il se leva tout à coup, et éprouva un léger étourdissement, auquel il était sujet quand il quittait brusquement la posture assise pour se tenir debout. Lorsque l'étourdissement eut cessé, il aperçut la figure d'un homme drapé dans un large manteau bleu, sous un arbre à peu de distance. Dans l'intervalle d'une ou deux minutes, cette figure s'affaiblit peu à peu et disparut. Une demi-heure après, en allant de la maison au jardin, il vit la même figure sous le même arbre et dans la même attitude. L'occasion se présentait de vérifier l'expérience du docteur Brewster sur les illusions et les réalités : M. H... pressa donc le globe d'un de ses yeux, sans autre effet que de rendre simplement la figure moins distincte ; mais en regardant obliquement, il vit la figure double et de grandeur naturelle. Il s'avança aussitôt vers l'objet, qui se retira pas à pas, et disparut dès qu'il distingua l'ombre de l'arbre.

» Pendant mon séjour à l'école, dit M. H..., je m'étais lié d'une amitié intime avec un enfant que j'appellerai D... La folle conduite de son père amena la ruine de sa famille, qui tomba dans le dernier degré de misère. Depuis un grand nombre d'années, j'avais perdu de vue cet infortuné qu'on avait embarqué pour s'en débarrasser, lorsque j'appris qu'il était de retour et en proie à une phthisie avancée. Il fut soigné, pendant sa maladie, par le docteur C..., et mourut trois mois après son retour. Je fus demandé pour faire l'examen de son cadavre, et l'on concevra sans peine combien furent tristes les réflexions que firent naître en moi un tel spectacle. Trois mois après, le souvenir de cet événement se présenta à mon esprit dans les circonstances suivantes :

» Un soir, à l'époque où j'étais sujet à avoir tous les jours de ces visions, je lisais la vie de Chricton, par Tittler.

Ma famille s'était retirée depuis longtemps, et je me proposais, après avoir fini mon livre, d'aller me coucher, quand j'aperçus sur ma table un billet de faire part pour assister aux funérailles de la mère de D... Cette nouvelle donna naturellement une couleur sombre à mes pensées. Je me couchai, et je venais d'éteindre la bougie, lorsque je sentis qu'on me saisissait le bras au-dessous de l'épaule, et qu'on le pressait avec force contre le flanc. Je luttai pour me débarrasser et m'écriai : *Laissez mon bras.* J'entendis alors distinctement ces paroles prononcées à voix basse : *Ne soyez pas effrayé.* Je répliquai soudain : *Permettez-moi d'allumer la chandelle.* Alors on me lâcha le bras. Je me dirigeai aussitôt vers un coin de l'appartement pour allumer la lumière, ne doutant pas qu'il y eût quelqu'un dans la chambre. J'éprouvai en cet instant un malaise, un étourdissement qui furent sur le point de m'accabler. Je réussis cependant à allumer la chandelle, et me retournant vers la porte, je contemplai la figure de l'infortuné D... La forme n'en était pas bien saisissable. On aurait dit qu'une gaze était interposée entre nous deux. Par une impulsion dont je ne puis me rendre compte, je m'avançai vers l'apparition ; elle reculait à mesure, et descendit les escaliers jusqu'à ce que nous fussions arrivés à la porte, où elle s'arrêta. Je passai près d'elle et j'ouvris la porte de la rue ; mais, en ce moment, j'eus un tel étourdissement que je tombai sur une chaise et laissai échapper le flambeau de mes mains. Je ne puis dire combien de temps je restai dans cet état ; en revenant à moi, j'éprouvai une violente douleur au-dessous des sourcils. Je distinguais difficilement les objets. J'eus de la fièvre et de l'insomnie durant toute la nuit, et le jour suivant je ressentis du malaise.

» Quoique la figure n'eût pas été très visible, je distinguai les différentes couleurs des habits que D... portait

pendant sa vie. Cette vision me parut offrir tous les caractères des illusions produites par la fièvre, et je ne la regardai pas un seul instant comme réelle. La seule cause existante est la douleur du bras, que je rapporte à la contraction du triceps (1). »

Il y a dans ce fait plusieurs points qu'il importe de remarquer.

M. H..., quand il se retournait, après avoir fixé des objets très éclairés, continuait souvent à voir ces objets pendant un temps considérable. Ce phénomène est tout sensoriel, et il n'est pas indifférent de le rencontrer chez un malade qui fut plus tard atteint de visions.

La double image qui apparaît par la pression de l'œil est un fait important, et qui mieux qu'aucun autre, prouve l'intervention du sens de la vue. Enfin il faut encore remarquer certains détails sur la vivacité de l'impression sensorielle. Ainsi, quoique la figure du personnage ne fût pas bien visible, M. H... put distinguer les différentes couleurs des vêtements.

L'abaissement des paupières suffit dans certains cas, comme on l'a vu (41), pour provoquer des hallucinations de la vue. Le sommeil chez quelques personnes, est précédé par des images fantastiques, et plusieurs malades ne peuvent s'endormir dans l'obscurité sans être obsédés par des apparitions effrayantes (41). Ces faits, quoique moins probants que ceux qui précèdent, tendent cependant encore à démontrer la part active que prennent les sens dans la production des hallucinations. Les observations faites par Müller et Purkinje doivent surtout leur faire accorder une assez grande importance. Ces auteurs ont remarqué

(1) Paterson, *Mémoire sur les hallucinations*, traduit par Brierre de Boismont, in *Annales médico-psychologiques*, t. III, p. 413.

que les images fantastiques sont souvent précédées de points brillants ou obscurs qui se changent au bout de quelques minutes en stries nuageuses, errantes, puis en filaments droits ou courbes. Or, ces points, ces taches, ces stries, tout le monde s'accorde à les attribuer à l'organe sensoriel; dès lors, comment séparer les faits qui se produisent dans les mêmes conditions, se succèdent et se confondent?

69. *Preuve qu'il existe des hallucinations psycho-sensorielles. Actes des hallucinés.* Il y a des aliénés qui s'introduisent dans les fosses nasales, dans les oreilles, de l'herbe, du linge, espérant se soustraire ainsi aux odeurs infectes qui les poursuivent, aux voix qui les injurient. Un malade observé par M. Foville s'était enfoncé avec effort dans chaque oreille un gros noyau de prune qu'il garda plusieurs mois sans se plaindre. On voit souvent les hallucinés courir vingt fois par jour aux portes derrière lesquelles ils entendent leurs interlocuteurs invisibles. J'ai parlé plus haut d'une femme qui se mit tout à coup à démolir un tuyau de poêle, dans la conviction que les ennemis qui la poursuivaient de leurs injures s'y tenaient cachés.

Il faut surtout rappeler ici les déterminations énergiques et souvent si fâcheuses que provoquent les hallucinations. Combien d'exemples de suicide et d'homicide ne pourrait-on pas citer, dont les fausses perceptions sensorielles ont été la cause! Ces faits, qui appartiennent plus particulièrement à la médecine légale, se reproduisent encore assez souvent pour nous faire cemprendre ceux que l'histoire nous a transmis, et parmi lesquels nous devons surtout citer la mort, en quelque sorte volontaire, de tant de sorciers et de démonomaniaques qui supportaient autrefois la torture et mouraient sur le bûcher plutôt que de nier qu'ils fussent allés au sabbat.

Je ne prétends pas, d'ailleurs, attacher à cette dernière considération, tirée des actes des hallucinés, plus d'importance qu'elle n'en mérite; mais nul doute qu'une foi si vive dans la réalité des fausses perceptions sensorielles, ne soit un argument de plus à invoquer pour démontrer qu'il y a dans les hallucinations plus que des idées reproduites par la mémoire et associées par l'imagination.

En résumé, je crois qu'il se produit chez la plupart des hallucinés des impressions sensorielles aussi réelles que celles qui donnent lieu aux sensations normales. Je me fonde pour soutenir cette opinion :

1° Sur la conviction intime de la réalité des impressions sensorielles conservée par des personnes saines d'esprit, et qui ont eu des hallucinations passagères, et en particulier sur le témoignage de Burdach, de Müller, de Bostock, de Gruithuisen, de Nicolaï, etc. ;

2° Sur l'état parfait de veille et de lucidité dans lequel les hallucinations ont pu être étudiées par les hommes que je viens de citer ;

3° Sur certains détails donnés par les malades et qui tendent à démontrer la participation des organes des sens;

4° Sur les actes des hallucinés, qui prouvent au plus haut degré la foi absolue qu'ils ont dans la réalité de leurs fausses perceptions ;

5° Sur ce que j'ai moi-même éprouvé, quant aux fausses perceptions sensorielles de la vue, qui m'ont laissé la conviction intime d'impressions sensorielles aussi réelles que celles de l'état normal.

Je pense donc qu'il existe des hallucinations dues à la double action de l'imagination et des organes des sens, et qu'on peut appeler hallucinations *psycho-sensorielles*.

III. — Des hallucinations psychiques.

70. *Manière dont s'expriment sur le phénomène qu'ils éprouvent les malades qui ont des hallucinations psychiques.* Après avoir cherché à démontrer l'existence des hallucinations psycho-sensorielles niées par plusieurs auteurs, il me reste à prouver, contrairement à une autre opinion appliquée aussi à tort à tous les cas, qu'il y a des hallucinations purement psychiques. Ces fausses perceptions, que nous n'appellerons plus sensorielles, paraissent se rapporter presque exclusivement au sens de l'ouïe, et ne peuvent être confondues avec les véritables hallucinations que par les aliénés. Les malades sains d'esprit qui éprouvent ce phénomène ne disent pas qu'ils entendent parler, mais qu'il *leur semble* entendre parler. Il y a dans leur tête une sorte de conversation tout intérieure. Les aliénés eux-mêmes apprécient d'ailleurs quelquefois les faits de la même manière ; ils prétendent qu'ils peuvent converser d'*âme à âme* avec des interlocuteurs invisibles, qu'ils entendent la *pensée*, le *langage de la pensée*, etc., etc.

71. *Les auteurs mystiques ont admis des hallucinations psychiques.* Les livres mystiques contiennent, sur les hallucinations, des documents précieux et très propres à éclairer l'histoire de ce phénomène. Le passage suivant des *Lettres spirituelles sur l'oraison*, prouvera que l'auteur distingue plusieurs sortes de fausses perceptions.

« *Vision et révélation.* — La vision est lorsque Dieu manifeste quelque secret à l'âme, et lui fait entendre quelques paroles et quelques sons mélodieux. Il y a des locutions et des voix intellectuelles qui se font dans l'esprit et dans l'intérieur de l'âme ; il y en a d'imaginatives qui se font dans l'imagination ; il y en a de corporelles qui frappent les oreilles du corps. Lorsque Moïse, étant sur la montagne

Sinaï, connut clairement et distinctement le plan du tabernacle que Dieu lui représentait, ce fut une vision ; et lorsqu'il connut que ce tabernacle signifiait l'humanité sacrée de Jésus-Christ, ce fut une révélation ; mais lorsqu'il entendit une voix qui lui dit : « Regarde et exécute fidèlement le modèle qui t'a été montré », ce fut une locution. Il y a dans la sainte Écriture et dans l'histoire ecclésiastique un grand nombre de semblables exemples.

» *Odeur spirituelle.* — C'est lorsque Dieu fait sentir une odeur et une suavité ineffable, soit que cette suavité soit infuse dans l'intérieur de l'âme, ou dans l'imagination, ou dans l'odorat du corps, qui est pénétré de parfums et d'odeurs très agréables.

» *Goût spirituel.* — Il consiste dans une très douce expérience que l'âme fait de la bonté divine ; le corps goûte aussi quelquefois des saveurs très douces. »

Ainsi il y a des visions intellectuelles et corporelles, des locutions et des voix intérieures et extérieures, des odeurs et des goûts qui tantôt n'affectent que l'âme, et tantôt arrivent aux organes des sens. Ce qui se rapporte aux fausses perceptions de l'ouïe est surtout ici très remarquable. Les *voix* sont, les unes *intellectuelles*, et se font *dans l'intérieur de l'âme ;* les autres, *corporelles*, frappent les *oreilles extérieures du corps.*

Je crois devoir faire remarquer un point sur lequel j'aurai occasion de revenir. L'auteur se sert du mot *voix intellectuelle*, quoiqu'à proprement parler ce mot ne soit exact que pour les hallucinations corporelles. Il n'y a pas de *voix* alors que le phénomène est complètement étranger au sens de l'ouïe et se passe dans l'intérieur de l'âme. Nous verrons des malades qui s'expriment de la même manière, mais qui, pressés de bien expliquer ce qu'ils éprouvent, rétractent ce mot, dont ils se servent, disent-ils, faute d'un

autre plus convenable. Certains aliénés sont plus rigoureux quand ils disent qu'ils entendent, non des voix, mais la *pensée*.

Le passage qui vient d'être cité prouve, non seulement que les auteurs mystiques ont reconnu l'existence de plusieurs sortes d'hallucinations, mais même qu'ils ont précisé la division des fausses perceptions en intellectuelles et corporelles. En cela, il faut le dire, ces auteurs ont été meilleurs observateurs que les médecins, dont les uns n'ont admis que des hallucinations corporelles, et les autres que des hallucinations intellectuelles. Nous verrons que rien n'a plus contribué que ce fait à entretenir la confusion et les dissidences qu'on remarque dans les écrits des physiologistes, et surtout des manigraphes.

Il est inutile d'ajouter que la division des hallucinations en deux classes, à laquelle j'ai été conduit par l'observation directe des aliénés, est celle des auteurs mystiques; les mots seuls sont changés. J'appelle hallucinations *psychiques* les visions et les locutions intellectuelles, et hallucinations *psycho-sensorielles* les visions et les locutions corporelles. Il reste maintenant à prouver que cette distinction doit être adoptée en pathologie, et qu'elle est applicable aux fausses perceptions des malades de nos hospices.

72. *Hallucinations psychiques dans les rêves.* Presque tous les médecins qui ont écrit sur les hallucinations ont comparé ce phénomène aux rêves, mais sans pénétrer plus avant dans l'examen de cette question. Cet examen, en effet, eût pu conduire depuis longtemps à reconnaître l'existence de plusieurs espèces de fausses perceptions, au moins pour le sens de l'ouïe.

Chaque jour nous nous rappelons une conversation que nous avons eue pendant le sommeil, et que le réveil seul a

interrompue; mais il ne nous reste aucun souvenir de la *voix* de l'interlocuteur, ou plutôt nous sommes convaincus que cette *voix* n'existaient pas, et que nous n'avons éprouvé aucune impression sensorielle. Cette conversation était évidemment tout intérieure, tout intellectuelle le sens de l'ouïe n'y était absolument pour rien, et cependant on nous parlait et nous avons retenu les paroles. Pour exprimer rigoureusement ce qu'on éprouve, on ne peut que répéter avec les malades dont j'ai parlé plus haut qu'on n'entend alors que la *pensée*.

Il arrive aussi, lorsqu'on se trouve sous l'influence d'une cause d'excitation, qu'on se rappelle au réveil, non seulement ce que disait un interlocuteur, mais encore qu'on se souvienne de la *voix* de cet interlocuteur, de la direction de cette voix, de sa force, etc. On a eu dans ce cas une hallucination complète ou psycho-sensorielle. Ces rêves, en quelque sorte pathologiques, accompagnés de fausses perceptions de l'ouïe, sont assez rares ; les autres, au contraire, se reproduisent tous les jours dans l'état le plus complet de santé.

Le phénomène de l'hallucination pendant le sommeil n'est donc pas toujours de la même nature. Ainsi l'étude des rêves eût pu depuis bien longtemps conduire à cette division des hallucinations en deux classes : les unes très fréquentes et purement psychiques, les autres plus rares, et auxquelles les organes des sens prennent une part active. Je reviendrai d'ailleurs plus loin sur les hallucinations psycho-sensorielles des rêves, en recherchant les conditions qui favorisent leur production.

73. *Malades qui ont éprouvé successivement ou simultanément des hallucinations psycho-sensorielles et des hallucinations psychiques.* Parmi ces faits, les plus propres à prouver qu'il existe deux sortes d'hallucinations, et que

celles-ci sont quelquefois purement psychiques, il faut citer les cas dans lesquels les malades ont éprouvé deux sortes de phénomènes qu'ils ont eux-mêmes distingués avec soin. Une observation remarquable de ce genre, empruntée à M. Lélut, a déjà été rapportée plus haut. Je me borne ici à rappeler de ce fait ce qui a trait à la division des hallucinations.

Un jeune homme entendait depuis longtemps des paroles très distinctes à l'épigastre; mais ces paroles étaient très différentes « de celles qu'on perçoit par l'oreille et bien faciles à distinguer de ces dernières ». Plus tard, ce même malade entendit tout à coup pendant la nuit la *voix* de Dieu. Cette *voix* partait d'un disque de lumière, et l'hallucination dura pendant trois quarts d'heure.

Après cette vision, l'halluciné continua à entendre plus que jamais des paroles à l'épigastre, mais il déclare « que ces paroles étaient bien différentes de celles de la vision. Dans cette dernière, en effet, elles étaient absolument semblables à celles qu'on entend par les oreilles, ce qui n'a pas lieu dans les paroles épigastriques des révélations » (1). J'ai observé quelques malades qui avaient éprouvé, comme celui dont je viens de parler, deux phénomènes distincts. Ils avaient eu au début de la folie, pendant la période aiguë, des hallucinations psycho-sensorielles, et plus tard leurs fausses perceptions étaient devenues purement psychiques. On reconnaîtra dans quelques cas ce fait en interrogeant avec soin les hallucinés sur la manière dont ils sont impressionnés. Ces malades, lorsqu'on leur demande si les *voix* sont semblables aux voix ordinaires, répondent quelquefois négativement, mais en ajoutant qu'ils ont eu autrefois des *voix* de cette nature,

(1) Lélut, *Démon de Socrate*. Paris, 1836, p. 252.

qu'elles ont cessé, qu'ils n'entendent plus que la *pensée sans bruit*, etc. Tel est le cas d'un littérateur dont j'ai parlé (12), et dont la maladie dure depuis plus de dix ans. Au commencement, les *voix* étaient extérieures et faisaient du bruit; mais depuis longtemps tout se passe dans sa tête. Il y a là une conversation continuelle qui le fatigue et le distrait. Il fait d'ailleurs très nettement la distinction entre les fausses perceptions du début et celles qu'il a maintenant.

Il est plus rare de rencontrer des malades qui aient eu d'abord des hallucinations psychiques, et plus tard de fausses perceptions sensorielles; c'est ce que j'ai vu dans un cas.

Une femme âgée de trente ans fut amenée à l'hospice de la Salpêtrière avec tous les signes d'une monomanie sensorielle bien franche. Elle entendait une *voix* qui la suivait partout et se mêlait de ses moindres actions. Cette femme avait éprouvé successivement deux phénomènes différents dont elle rendait parfaitement compte. « Au début de ma maladie, disait-elle, c'est comme si l'on m'avait communiqué une pensée. On me répétait sans cesse : « Tu es une... » Je répondais : « Vous en avez menti. » Tout cela se faisait sans bruit, c'était tout intérieur. Il en a été de même environ pendant trois mois; mais plus tard cela a changé. Les *voix* que j'entends maintenant font du bruit, elles viennent de loin, et m'arrivent comme si l'on me parlait avec un *porte-voix*. » Cette malade avait eu d'abord des hallucinations psychiques, et plus tard des hallucinations psycho-sensorielles. Il y a donc des hallucinés qui ont conscience d'avoir éprouvé successivement ou simultanément des fausses perceptions de différente nature, et c'est sans nul doute un des arguments les plus propres à démontrer l'existence de deux sortes d'hallucinations.

74. *Observations d'hallucinations purement psychiques.* Ce que j'ai dit jusqu'à présent de la distinction établie par les auteurs mystiques, de ce qui se passe pendant les rêves, et enfin de la diversité des phénomènes éprouvés par certains malades, démontre la nécessité de diviser les fausses perceptions des hallucinés en plusieurs classes. Ces faits peuvent encore servir à prouver l'existence des hallucinations psychiques, sur laquelle les observations que je vais rapporter ne sauraient d'ailleurs laisser de doute.

75. *Observation d'une aliénée qui entend la pensée à l'aide d'un sixième sens, qu'elle nomme sens de la pensée.* L'observation suivante est celle d'une aliénée qui paraît avoir eu au début de sa maladie des hallucinations psycho-sensorielles qui ne persistèrent que peu de temps. Depuis vingt-six ans elle n'a plus que des hallucinations psychiques. Elle entend la *pensée* à distance à l'aide d'un sixième sens, qu'elle nomme le sens de la *pensée*.

Mme A..., âgée de cinquante-cinq à soixante ans, veuve d'un major anglais, a été placée à l'hospice de la Salpêtrière pour cause d'aliénation mentale. Il y a dix ans déjà, j'avais pu observer cette dame à la maison de Charenton, dont elle était sortie sans être guérie. Depuis lors, il m'était arrivé plusieurs fois de la rencontrer dans les rues, vêtue d'une manière bizarre et qui dénotait tout le désordre de son esprit. Il résulte des renseignements qu'elle donne elle-même que son délire remonte à vingt-six ans au moins. Cependant, malgré une maladie si ancienne, l'intelligence n'est pas affaiblie. Mme A... écrit des lettres parfaitement suivies, et dont le style révèle une éducation distinguée. Depuis son entrée à l'hospice, elle réclame incessamment sa liberté, repoussant bien loin l'idée de folie. Rien cependant de plus déraisonnable que ses pré-

tentions. Elle se croit destinée à régénérer le monde, à réunir toutes les religions; elle a droit, dit-elle, à des indemnités de plusieurs centaines de millions, etc. Elle prétend que souvent elle rencontre des *âmes* égarées qui se rendent au ciel, et dont elle accélère la marche, etc.

Mais ce qu'il y a de plus curieux dans son délire, c'est la conviction qu'elle a de posséder un *sixième sens*. Elle prétend que ce sixième sens ou cette seconde vue est un phénomène des plus extraordinaires, et dont elle seule offre l'exemple. A l'aide de son sixième sens, elle sait tout ce qu'elle veut savoir, et *entend* la pensée à de très grandes distances. Les *voix* se croisent, et il lui faut beaucoup d'attention pour ne pas les confondre. Ce qu'il y a de plus étonnant, c'est qu'il n'est nullement besoin qu'on parle pour que Mme A... entende; il suffit qu'on formule intérieurement l'idée qu'on a Aussi peut-elle très facilement tenir une conversation sans que son interlocuteur remue les lèvres : « C'est, dit-elle, dans une lettre qu'elle m'a » adressée, ce qui prouve le plus l'existence de l'âme spi- » rituelle ; car *la langue ne remue pas, la bouche ne s'ouvre* » *pas*, et cependant j'entends, *je comprends* aussi claire- » ment que quand on articule. C'est la plus merveilleuse » découverte qui soit sortie du sein du Créateur, etc. »

76. *Conversations mentales avec les aliénés qui ont des hallucinations psychiques.* Les malades qui entendent la pensée à distance prétendent souvent qu'ils peuvent causer mentalement avec les personnes qui les entourent. Telle était Mme A..., dont je viens de citer l'observation. Je lui proposai un jour d'engager avec elle une conversation mentale, pour m'assurer qu'elle comprendrait les questions que je me bornerais à formuler intérieurement. Elle accepta avec empressement; je me plaçai auprès d'elle, et j'attendis un instant en silence. Voici quelles furent en quelques

minutes ses réponses à mes prétendues questions; j'écrivais à mesure que la malade parlait.

— Mon opinion est que c'est un intrigant et sa femme aussi.

Après une pause :

— Il est revenu ici pour exploiter des dupes.

Après de nouveaux intervalles de silence :

— Non, car je n'avais jamais entendu parler de lui avant de venir ici.

— Oui, il a voulu me le faire croire, mais j'ai su que cela n'était pas, etc.

Je jugeai inutile de prolonger davantage cet entretien dont Mme A... faisait tous les frais. Elle affirma qu'elle avait entendu de la manière la plus claire toutes mes questions, sans qu'aucun bruit frappât ses oreilles. Les paroles étaient nettement prononcées, les mots bien séparés, comme cela aurait eu lieu si j'avais réellement parlé lentement pour me faire bien comprendre.

Le phénomène que Mme A... éprouve n'a pas toujours été ce qu'il est aujourd'hui. Elle déclare qu'au commencement de sa maladie elle a eu des *voix* avec bruit, mais que ces voix n'ont pas persisté plus d'un an. Depuis lors elle n'entend plus que la *pensée*, non par les oreilles, comme les paroles ordinaires, mais bien à l'aide d'un *sixième sens*, le sens de la *pensée*.

Je crois devoir, avant de discuter cette observation, citer un autre fait qui s'en rapproche beaucoup, mais qui a été interprété d'une manière différente.

« Un jour, dit Leuret, je fus abordé à la Salpêtrière par une femme que je n'y avais pas encore vue ; elle avait l'air doux et craintif, elle regardait comme en tremblant et ne parlait pas. Sa mise était simple et décente ; je jugeai qu'elle pouvait avoir une quarantaine d'années, et je sus plus tard

qu'effectivement c'était là son âge. Je m'arrêtai près d'elle, elle continua à me regarder. Bientôt je vis sa figure prendre l'expression de l'inquiétude et de la frayeur ; puis elle restait calme ; on aurait dit qu'elle écoutait, et bientôt les mouvements de ses traits indiquaient l'agitation de son esprit. Je fis une centaine de pas sans mot dire, sans paraître fixer mon attention sur elle ; elle me suivit et continua sa pantomime. Je m'arrêtai de nouveau, et je la fixai attentivement, en ayant soin de rendre ma figure immobile, et sans y laisser apercevoir même la curiosité. Elle ne discontinua pas sa conversation silencieuse, car je vis bien qu'elle conversait avec moi ; et quoique mon impassibilité fût aussi grande que possible, elle entendait des objections, des reproches auxquels elle s'empressait de répondre. Nous étions ainsi depuis près d'une demi-heure à nous entre-regarder, lorsqu'elle murmura quelques mots que je ne compris pas ; je lui présentai mon cahier, sur lequel elle écrivit ce qui suit :

« Clémence, amenée à la Salpêtrière, ignorante de tout ce qui s'est passé ici, car je n'ai point mérité une pareille pénitence pour avoir mérité si peu de bonheur. Je jure que je n'ai jamais volé ni pillé personne, que je n'ai emprunté à personne ce qui est dans ma chambre, des bijoux, des gobelets d'argent, que je n'ai jamais mis à la loterie, que je suis venue avec confiance, et j'irai partout avec honneur, que j'ai vu le moulin tourner... »

Puis elle me rendit mon cahier, et continua comme devant. Enfin, elle me dit : « Mais, monsieur, pourquoi *ne me parlez-vous pas tout haut?* — J'ignore. — Rien du tout, monsieur, quand on dit rien. — Jamais je n'ai été dans un mauvais lieu. — Je ne sais pas ce que vous voulez encore me dire. — Si l'on m'a endormie de physique, je ne sais pas encore ce que c'est ; j'ai passé des nuits doubles.

— Non, monsieur, ah ! non, je ne lui ai jamais été infidèle.
— Si monsieur voulait me répondre.

« — Quelle différence trouvez-vous dans mes réponses, suivant que je remue les lèvres, ou que je ne les remue pas ?

» — Je trouve que vous vous exprimez franchement, *et je préfère vous entendre parler; j'entends votre pensée*, et je ne sais pas pourquoi. — Non, monsieur, je n'ai jamais trempé mes mains dans le sang, jamais je n'ai assassiné.

» — Oui, monsieur, je l'aime encore.

» — Comment se fait-il que vous entendiez mes pensées?

» — Je crois que c'est par la physique que j'entends parler. Quand même il n'y a personne, j'entends parler.

» — Ne vous dit-on jamais que des choses tristes?

» — Jamais je n'entends des choses agréables. — Vous verrez si ma conduite ne sera pas toujours la même.

» — Depuis quand êtes vous mariée?

» — Je ne pourrais pas le dire au juste.

» — Vous rappelez-vous quel jour, quel mois, si c'était en hiver ou en été?

» — Non, monsieur, j'ai oublié cela par le travail que l'on a fait sur moi, par les bains et le jeûne. Je crois être enceinte. J'ai peut-être des serpents, mais mon mari n'est pas un serpent. — Je me suis sentie enlevée ; le roi de France est venu ; j'ai fait une couronne, et j'ai dit : Si j'ai mérité une couronne d'épines, je veux bien la porter. — Je ne sais comment je suis revenue sur terre, il me semblait que dessous moi tout s'enfonçait (1). »

Il reste à examiner et à comparer les deux observations que je viens de citer.

Mme A... entend la *pensée* à distance à l'aide d'un

(1) Leuret, *Fragments psychologiques*, p. 155.

sixième sens; elle peut entretenir des conversations toutes mentales avec des interlocuteurs éloignés.

Clémence entend aussi la *pensée*, mais c'est à l'aide de la physique; elle a aussi la faculté de causer mentalement, et sans remuer les lèvres.

De quelle nature sont les hallucinations qu'éprouvent ces malades? Sont-elles purement psychiques, ou bien, au contraire, psycho-sensorielles? Le phénomène est-il le même dans les deux cas? Il ne saurait y avoir de doute quant au premier fait. — Mme A..., en effet, déclare non seulement qu'elle entend la pensée à l'aide d'un sixième sens, mais qu'elle l'entend sans bruit. C'est pour cela qu'elle est si pleine d'admiration pour cette découverte, la plus merveilleuse, dit-elle, qui soit sortie du sein du Créateur. Il y a dans ce que la malade a écrit un mot qui mérite d'être remarqué. Après avoir dit qu'elle entendait, elle ajoute immédiatement : *je comprends* aussi clairement que quand on articule. Ce mot *je comprends* est pour nous d'une grande importance, parce que, en effet, il rend bien mieux ce qui se passe en réalité que le mot entendre. La différence que Mme A... établit entre ce qui se passait au début de sa maladie et ce qu'elle éprouve aujourd'hui, démontre d'ailleurs qu'il y a eu chez elle pendant la période aiguë des hallucinations psycho-sensorielles, et qu'il n'est plus resté à l'état chronique que des hallucinations psychiques.

Les hallucinations de Clémence sont-elles de la même nature? Il manque quelques éléments pour répondre d'une manière positive à cette question. Cette malade dit bien, comme Mme A..., qu'elle entend la *pensée*, mais on ne lui a pas demandé si elle entendait cette pensée avec ou sans bruit, si elle l'entendait par les oreilles ou autrement : cependant tout semble prouver que le phénomène était

dans les deux cas de la même nature; à part l'extrême analogie qu'on remarque dans la manière dont les malades s'expriment; à part ces conversations toutes mentales qu'elles ont avec des interlocuteurs qui ne remuent pas les lèvres, les questions que Clémence fait au médecin suffiraient, en effet, pour justifier nos doutes. — « Mais, monsieur, lui dit-elle, pourquoi ne me parlez-vous pas tout haut? » Et plus loin quand M. Leuret lui demande quelle différence il y a pour elle dans les réponses suivant qu'il remue les lèvres ou qu'il ne les remue pas, elle dit : « Je trouve que vous vous exprimez franchement, et je préfère entendre parler. » C'est là qu'elle ajoute : « J'entends votre pensée, et je ne sais pas pourquoi. » Ainsi, voilà une hallucinée qui demande pourquoi on ne lui parle pas *tout haut* et qui déclare qu'elle préfère *entendre parler* réellement. Ce qu'elle éprouvait était donc bien différent de la parole ordinaire, et c'est pour cela qu'elle s'exprime si singulièrement et dit, comme Mme A... qu'elle entend la *pensée*.

Je crois donc que le phénomène était dans les deux cas de la même nature. Je pense que Clémence, comme Mme A..., n'entendait rien d'extérieur; que ce qui se passait en elle, comme les conversations des rêves, était complètement étranger au sens de l'ouïe. Or, s'il est vrai qu'il y ait d'autres malades qui entendent des voix extérieures, des voix avec bruit aussi nettes, aussi fortes que les voix ordinaires, on comprendra qu'il est important de les distinguer de ceux dont je viens de parler, et avec lesquels ils ont été jusqu'ici confondus par les médecins, comme paraît le prouver, entre autres, l'observation de Clémence.

On a reproché à Leuret d'avoir dit, en parlant de cette malade, *elle entend*, et non pas *elle croit entendre* : « C'est

précisément, répond-il, ce que j'ai voulu éviter; car le phénomène de l'hallucination ne consiste pas à croire que l'on entend, mais à être impressionné comme si l'on entendait. Croire dans le sens dont il s'agit est une erreur; être impressionné, c'est avoir une hallucination (1). » Il est impossible de mieux caractériser les hallucinations psycho-sensorielles; mais cela ne me paraît point applicable au cas dont il s'agit; tout semble prouver, en effet, que Clémence n'éprouvait en réalité aucune impression sensorielle; elle entendait la pensée comme nous l'entendons chaque jour dans des rêves auxquels le sens de l'ouïe reste complètement étranger.

On voit donc qu'il est possible de confondre des phénomènes différents en n'admettant qu'une seule classe d'hallucinés. On a cru dans quelques cas à des impressions sensorielles qui n'existaient pas, ou bien, au contraire, on a nié ces impressions alors qu'elles existaient réellement. C'est cette confusion que j'ai eu pour but de faire cesser en distinguant, avec les auteurs mystiques, les locutions corporelles et intellectuelles, les hallucinations *psychiques* et *psycho-sensorielles*.

A la suite de l'observation que je viens de citer, Leuret rapporte une conversation assez semblable, dit-il, à celle qu'il a eue avec Clémence, et dans laquelle les interlocuteurs, qui n'étaient autres que frère Gilles, disciple de saint François, et le roi saint Louis, se parlèrent longtemps « avec une extrême consolation d'esprit et sans *aucun bruit de paroles*, lesquelles, dit frère Gilles, nous eussent plus empêchés qu'aidés à cause de la douceur que sentaient nos âmes. »

Mme Guyon avait avec le père Lacombe, son confesseur.

(1) Leuret, *ouvrage cité*, p. 156.

des conversations semblables : « Je compris, dit-elle, que les hommes peuvent, dès cette vie, apprendre le *langage des anges;* peu à peu je fus réduite à ne lui parler qu'en silence. »

On ne manquera pas de remarquer qu'il y aurait, si Clémence avait eu des hallucinations réellement sensorielles, une grande différence entre sa conversation avec Leuret et celle du frère Gilles avec le roi saint Louis.

Clémence aurait été impressionnée comme si un bruit de paroles eût réellement frappé ses oreilles, tandis que le frère Gilles déclare, au contraire, positivement qu'il entendait sans aucun bruit de paroles. Mais je crois avoir démontré que Clémence n'avait très probablement que des hallucinations psychiques; les deux conversations se faisaient donc de la même manière, et la nature du phénomène était la même dans les deux cas.

Leuret, en parlant des inspirations passives, dit que beaucoup d'aliénés se prétendent dirigés pas des voix secrètes. Il cite une malade qui ne cédait pas aux ordres parlés du médecin, mais seulement aux ordres *secrets* beaucoup plus positifs. Plus loin vient l'observation d'une femme qu'une *voix intérieure* entretenait du duc de Berry, du duc d'Angoulême, de Charles X, etc. Ces voix *secrètes intérieures* se rapportent aux hallucinations psychiques, et il suffit pour s'en convaincre d'interroger les malades qui se servent de ces mots pour exprimer le phénomène qu'ils éprouvent.

77. *Aliénée prétendant qu'elle a en elle un interlocuteur qui lui parle en pensée.* Mlle G..., âgée de quarante-cinq ans, est à l'hospice de la Salpêtrière depuis plus de quinze ans. Jour et nuit, elle est obsédée par des *voix* et forcée de leur répondre, ce qui la fatigue et l'épuise. Il y a surtout *un étranger, un faux dieu,* qui est en elle et qui

lui parle continuellement *en pensée*. En outre, cette malade s'entretient avec le vent, la pluie, le tonnerre et avec les oiseaux. Les premières *voix* qu'elle ait entendues étaient dans le feuillage agité par le vent. Il y a trois ans, à l'époque de la mort d'une de ses sœurs, une voix du ciel lui était arrivée pendant une tempête, et lui a dit : « *Elle a assez souffert un homme comte d'Artois.* » Depuis lors, elle entend souvent une autre voix qui lui demande du pain. Quant à l'*étranger*, au *faux dieu*, qui est en elle, il sait ses plus secrètes pensées, et lui raconte une foule de choses qu'elle ne croyait être connues que d'elle seule.

Il faut, au milieu du silence de la nuit, que sa tête travaille pour fournir des pensées à cet interlocuteur invisible qui est en elle et lit dans toute sa vie comme dans un livre. Cette femme offre un autre symptôme qu'il importe de ne pas passer sous silence. Elle a habituellement dans la tête comme une *sonnerie*, qui est plus forte le soir. Un jour, Mlle G .. consentit à faire, en ma présence, quelques questions au *faux dieu* qu'elle prétend être en elle. Après chaque question, elle se recueillait et écoutait. Quelquefois elle n'obtenait pas de réponse, ou bien les réponses étaient très brèves. Je tâchai de lui bien faire préciser la nature du phénomène qu'elle éprouvait, et quelle sorte de voix elle entendait ; elle me répondit constamment que cette voix était une voix *secrète*, *intérieure*, qui ne faisait pas de bruit, et qui parlait *en pensée*.

Si l'on compare cette manière de s'exprimer avec celle des hallucinés que j'ai cités plus haut, et qui indiquent si nettement la sensation auditive, on ne doutera pas qu'il n'y eût ici autre chose que des conversations toutes mentales, comme celles de la plupart des rêves. La malade paraît, en outre, avoir éprouvé des illusions de l'ouïe, quand elle entendait parler dans le feuillage agité par le vent, ou

pendant la tempête. Elle a d'ailleurs une source d'illusions dans cette sonnerie qui se produit dans sa tête, et qui augmente le soir; enfin, outre le délire, qui fait qu'elle attribue à d'autres une partie de ses propres pensées, il faut encore noter ici une très grande excitation cérébrale. C'est jour et nuit, en effet, qu'on parle à cette femme, et son esprit n'a point de repos.

L'observation suivante, empruntée à M. Brierre de Boismont, me paraît encore devoir être rapportée aux hallucinations psychiques, au moins pour ce qui a trait aux fausses perceptions de l'ouïe.

78. *Malade qui s'entretient d'âme à âme, par intuition et par magnétisme avec des interlocuteurs invisibles.* Il y avait, il y a quelques années, à Bedlam un aliéné appelé Blacke, et surnommé le *voyant;* il croyait fermement, profondément à la réalité de ses visions; il conversait avec Michel-Ange, il causait avec Moïse, il dînait avec Sémiramis. Rien de charlatanique dans son air : il était bien convaincu. Le passé lui ouvrait ses portes ténébreuses, le monde des ombres accourait chez lui; tout ce qui avait été grand, étonnant, célèbre, venait par-devant Blacke.

« Cet homme s'était constitué le peintre des spectres; devant lui, sur sa table, des crayons et des pinceaux se trouvaient toujours placés, et lui servaient à reproduire les physionomies et les attitudes de ses héros, qu'il n'évoquait pas, dit-il, mais qui venaient le prier d'eux-mêmes de faire leurs portraits. Les visiteurs pouvaient compulser de gros volumes, remplis de ces effigies, parmi lesquelles on remarquait le portrait du diable et de sa mère. Quand j'entrai dans sa cellule, dit l'auteur de cette notice, il dessinait une fille dont le spectre, à ce qu'il prétendait, venait de lui apparaître.

» Édouard III était un de ses habitués les plus assidus;

pour reconnaître cette condescendance du monarque, il avait fait à l'huile son portrait en trois séances. Je lui adressai des questions qui devaient l'étonner, mais auxquelles il me répondit naïvement et sans aucun trouble.

» — Ces messieurs se font-ils annoncer? ont-ils soin de vous envoyer leurs cartes?

» — Non, mais je les reconnais dès qu'ils paraissent. Je ne m'attendais pas à voir Marc-Antoine hier soir.

« — A quelle heure vos illustres morts vous rendent ils visite?

« — A une heure; quelquefois leurs visites sont longues, quelquefois courtes. J'ai vu ce pauvre Job avant-hier, il n'a voulu rester que deux minutes; j'ai eu à peine le temps d'en faire une esquisse que j'ai ensuite copiée à l'eau-forte... Mais chut... voici Richard III!

» — Où le voyez-vous?

» — En face de vous, de l'autre côté de la table. C'est sa première visite.

» — Comment savez-vous son nom?

» — Mon esprit le reconnaît, mais je ne sais pas comment.

» — Quelle est sa physionomie?

» — Rude, mais belle; je ne vois encore que son profil. Le voici de trois quarts; ah! maintenant il se tourne vers moi, il est terrible à contempler.

» — Pourriez-vous le questionner?

» — Assurément; que voulez-vous que je lui demande?

» — S'il prétend justifier les meurtres qu'il a commis pendant sa vie?

» — Votre demande lui est déjà parvenue; nous conversons d'*âme à âme, par intuition et par magnétisme. Nous n'avons pas besoin de paroles.*

» — Quelle est la réponse de Sa Majesté?

» — La voici, un peu plus longue qu'il ne me l'a donnée. Vous ne comprendriez pas le *langage des esprits*. Il dit que ce que vous appelez meurtre et carnage n'est rien; qu'en égorgeant quinze ou vingt mille hommes, on ne leur fait aucun mal, que la partie immortelle de leur être, non seulement se conserve, mais passe dans un meilleur monde, et que l'homme assassiné qui adresserait des reproches à son assassin se rendrait coupable d'ingratitude, puisque ce dernier n'a fait que lui procurer un logement plus commode et une existence plus parfaite. Mais laissez-moi, il pose très bien maintenant, et si vous dites un mot il s'en ira.

« Blacke est un homme grand, pâle, parlant bien, vraiment éloquent, qui ne manque pas de talent comme graveur et dessinateur (1) . »

Blacke, qui converse d'*âme à âme* avec les personnages illustres qui viennent le visiter, qui cause ainsi par *intuition* et par *magnétisme*, sans avoir besoin de paroles, qui comprend le *langage des esprits*, Blacke était-il véritablement impressionné par des voix extérieures? Avait-il des hallucinations psycho-sensorielles? Cela est difficile à admettre, et tout me semble démontrer qu'il n'éprouvait que des hallucinations purement psychiques. On a vu plus haut que ce n'est pas ainsi, en effet, que s'expriment les malades qui ont de véritables hallucinations psycho-sensorielles, et je ne puis que renvoyer ici aux détails si nets, si précis, qu'ils donnent sur l'impression auditive (1). Ceux-là ne disent pas qu'ils conversent d'*âme à âme*, qu'ils n'ont pas besoin de paroles, qu'ils comprennent le langage des *esprits*; ils entendent des *voix extérieures* aussi nettes, aussi distinctes que les

(1) Brierre de Boismont. *Des hallucinations*. Paris, 1845.

voix ordinaires. Les explications qu'ils donnent de ce fait, quelque variées qu'elles soient, ne changent rien à ce fait même, sur lequel tous sont d'accord.

Les deux observations suivantes me paraissent encore appartenir aux hallucinations purement psychiques.

79. *Malade à laquelle on parle en idée.* Une femme nommée Thérèse, qui avait un petit *étalage* sur l'un des boulevards de Paris, craignit de ne pas pouvoir continuer son commerce par suite d'une mesure de police. Elle crut entendre ou entendit un inspecteur dire au commissaire de police qu'il fallait renvoyer tous les *étalagistes*. De là de grandes inquiétudes, et plus tard des hallucinations. Un jour elle aperçut tout à coup le commissaire de police derrière elle, et se sentit comme frappée au cœur. Cette femme en vint à se persuader que « le commissaire de police s'est emparée d'elle, qu'il est toujours avec elle ; mais comme il ne se montre plus, et que cependant elle l'entend et reconnaît sa voix, c'est *en idée* qu'il la possède. En idée, il lui fait des propositions, des promesses aussi bien le jour que la nuit ; les refus, les mépris, les paroles outrageantes ne le détournent pas de son entreprise. Thérèse souffre cruellement et se confie à son mari. Celui-ci, au dire de Thérèse, devient jaloux et tombe malade ; elle-même est prise d'un érysipèle que le commissaire lui fait venir... Elle entre à la Salpêtrière. Le commissaire y vient avec elle, et lui donne des douleurs dans les membres, dans le cœur, dans la tête ; il lui met sous le nez des odeurs affreuses, et tout celà pour en venir à ses fins (1). »

Cette femme, qui est possédée *en idée* par le com-

(1) Leuret, *Fragments psychologiques*, p. 345.

missaire de police, et à laquelle il fait des propositions *en idée*, doit sans nul doute être rangée dans la même catégorie que les hallucinés auxquels on parle en pensée, qui conversent d'âme à âme, etc.

80. *Malade qui entend souvent une voix intérieure.* « Noël, né à Villeneuve, en 1791, d'une famille très respectable, présenta dès sa plus tendre enfance une constitution très nerveuse et d'une sensibilité très remarquable.

« A l'âge de sept ans il commence à lire l'abrégé de l'Ancien et du Nouveau Testament, qu'il prétend comprendre parfaitement.

« Quoique occupé dès l'age de dix ans à faire de la menuiserie avec son frère, il ne néglige jamais de lire son livre de prédilection, et plus il le lit, plus il trouve les hommes imparfaits; il croit voir aussi que le culte catholique s'était écarté de plus en plus de la voie tracée par les Écritures saintes, ce qui rend déjà notre jeune réformateur moins assidu aux exercices religieux.

« Parti à vingt ans, il revient après trois ans de service militaire, se plaignant de douleurs dans la région lombaire.

« Dans ce même moment, une école d'enseignement mutuel est établie dans son village. Noël, malgré son âge, va le premier s'assoir sur les bancs; il lit avec avidité la Bible dans l'édition de Port-Royal : alors il se détache entièrement du culte catholique; il a des idées à lui qui ne s'accordent pas avec celles des prêtres ; il aurait voulu dès cette époque, comme il le demande aujourd'hui, que tous les serviteurs du Seigneur imitassent les apôtres, selon ce qu'il en est dit dans les *Actes*, ch. II, v. 44, 45.

« Mais bientôt la scène change pour Noël. En 1817, cette

fixité, cette concentration d'idées sur les matières religieuses, amènent en lui un état de souffrances que nul que lui n'a endurées; il devient triste, sombre, taciturne, recherche la solitude. Son appétit se perd; son corps maigrit; son teint devient jaunâtre, terne, et ses traits sont altérés. Des millions d'idées lui passent par la tête dans le même instant; il entend sans cesse les gémissements de toutes les créatures (ch. VIII, épître de saint Paul aux Romains) : cependant il s'occupe encore avec son frère, mais la lecture n'a plus de charme pour lui. Cet état de mélancolie persiste avec la même intensité pendant quinze ou vingt mois environ. Durant tout ce temps il a un grand dégoût pour la vie; il se serait donné la mort, si ses principes religieux ne l'avaient pas retenu. »

Noël passe huit mois au milieu d'une réunion de jansénistes, puis il les abandonne pour se rendre chez les trappistes, dont le supérieur refuse de l'admettre. Peu de temps après il entend parler de la traite des noirs, et, rempli d'indignation contre cet infâme trafic, il se rend au Sénégal et y passe sept ans, poursuivant sa vocation et livré de plus en plus à des idées mystiques. Il écrit à sa famille plusieurs lettres dans lesquelles se trouvent entre autres les passages suivants :

« *Une voix intérieure que la chair et le sang ne comprennent pas*, m'invite et me presse de fuir pour quelque temps dans la solitude pour travailler ensuite avec la fermeté libre d'un amour sans crainte au salut des hommes, selon l'ordre qu'il plaira à Dieu de me donner. Ma vocation est inconnue des hommes. »

En janvier 1832 il a le projet de se retirer dans le désert. « Mille et mille fois, dit-il, depuis quinze ans, une *voix céleste* m'a pressé de fuir la société entière, afin de fuir la peste universelle qui y règne. »

Noël revient en France, se rend dans sa famille, convertit deux de ses sœurs à ses idées et les entraîne avec lui dans un nouveau *désert*, où ils ne gardent de vêtements que ce qu'exige rigoureusement la pudeur. Alors le malade fait des miracles, il meurt et ressuscite, il ouvre en la touchant du doigt une porte bien fermée, etc.

« Dieu *parle* souvent *aux oreilles* de Noël, et tout ce qu'il fait, c'est Dieu qui lui ordonne de le faire. » Il se livre continuellement à des exercices de piété; la Bible est toujours dans ses mains; souvent il interrompt tout à coup ses prières, ses lectures ou son sommeil pour chanter avec ses compagnes, qui interprètent avec la rapidité d'une étincelle électrique ce qu'il appelle un enseignement divin. Enfin, il a des *inspirations*, et prophétise la fin du monde au nom du Dieu qui lui a donné cette mission, etc.

Noël et ses deux sœurs furent renfermés dans une maison de santé. Un délire général, accompagné d'agitation, se déclara chez une des sœurs; mais ce délire cessa peu de temps après. Noël lui-même abandonna peu à peu son rôle de prophète; il fut rendu à la liberté, et reprit sa profession d'istituteur (1).

On pourra lire avec tous ses détails l'histoire si curieuse de Noël dans l'ouvrage de M. Cazauvielh. Je me borne ici à faire remarquer que ce malade entendait une *voix intérieure que la chair et le sang ne comprennent pas*. Mille et mille fois, dit-il, cette *voix céleste* l'a pressé de fuir la société. Ainsi point de doute quant à l'existence des hallucinations, qui nous paraissent avoir été purement psychiques. La voix que Noël entend est, en effet, une voix intérieure et de celles que les oreilles du corps ne sauraient entendre.

81. *Les cas où les malades entendent des voix à l'épigastre*

(1) Casauvielh, *Du suicide et de l'aliénation mentale dans les campagnes*, p. 166.

paraissent tous appartenir aux hallucinations purement psychiques. J'ai cité plus haut l'observation d'un aliéné qui entendait des révélations à l'épigastre, et qui distinguait très bien ce phénomène de celui des *voix* extérieures, qu'il avait aussi éprouvé accidentellement. La *voix* qui lui parlait à l'épigastre ne ressemblait en rien aux voix ordinaires. Ce fait a été invoqué comme un des plus probants pour démontrer l'existence de deux sortes d'hallucinations. Je dois ajouter ici que ces fausses perceptions épigastriques, si fréquentes dans l'extase et le somnambulisme, paraissent toutes appartenir, sans exception, aux hallucinations purement psychiques. Les malades, en effet, ne parlent pas de la sensation auditive, et quelques-uns même ne se servent pas du mot voix.

Une fille hystérique, dont l'histoire est rapportée avec détail par M. Bertrand, faisait, pendant ses accès, des prédictions qui lui semblaient partir de l'épigastre. Elle avait là, disait-elle, une *petite affaire* qui lui parlait, et qu'elle consultait souvent. Une autre malade entendait dans la région épigastrique une *voix intérieure*. D'autres se bornent à dire qu'ils recevaient par l'épigastre telle ou telle notion. Ils reconnaissent alors, dit M. Bertrand, les pensées de la tête pour leur appartenir, tandis qu'ils attribuent communément à un autre être, qu'ils supposent leur parler, les notions instinctives de l'estomac.

Quelquefois les choses vont plus loin. Le malade ne rapporte pas seulement à l'épigastre une partie de ses pensées; il lui semble que son intelligence tout entière s'exerce désormais dans ce point. C'est ce qu'éprouva Van Helmont, sous l'influence de l'action toxique de l'aconit. Après avoir pris une petite quantité de cette substance, il sentit son crâne comprimé par un bandeau. « Il m'arriva alors tout à coup, dit-il, ce que je n'avais

jamais éprouvé auparavant. C'est que je sentais que je ne comprenais rien, que je ne concevais rien, que je ne distinguais rien dans ma tête à la manière accoutumée; mais je sentis avec admiration et clairement, et d'une manière bien positive, que toutes ces fonctions se faisaient dans la région précordiale, et se développaient autour de l'orifice de l'estomac. Je le sentis si bien, que je remarquais en même temps que le sentiment et le mouvement continuaient à partir de la tête pour se répandre dans tout le corps; mais la faculté de penser était exclue de la tête, et ne s'exerçait que dans la région précordiale, comme si c'était là que l'âme médite ses conseils. J'étais tellement le maître de ce nouvel examen, que je reconnaissais que mon intelligence, dans ce nouveau domicile, agissait elle-même avec plus de perspicacité qu'à l'ordinaire. Mais tout cela ne peut s'expliquer par aucune parole. J'éprouvais une certaine joie de cette clarté intellectuelle, et j'avais le temps de la goûter; car je calculais la durée, je ne dormais pas, je ne rêvais pas, je me portais bien. Je pouvais donc me rendre compte de tout ce que je sentais, et je sentais parfaitement que ma tête était vide, que l'imagination l'avait totalement abandonnée pour aller s'établir et exercer avec solennité ses fonctions dans la région précordiale ; et cependant au milieu de ma joie, je craignais que cet accident insolite ne me conduisît à la folie, ayant pour principe un poison ; mais la préparation de ce poison et le peu que j'en avais pris me rassuraient.

Enfin, après environ deux heures, je ressentis deux fois un léger vertige. La première fois je sentis que la faculté de comprendre m'était revenue; la seconde me fit reconnaître que je comprenais à ma manière ordinaire. Dans la suite, quoi que j'aie goûté, je n'ai plus éprouvé rien de pareil. »

Ce fait si remarquable diffère de ceux dans lesquels les

malades prétendent que quelque chose leur parle à l'épigastre. Cependant il s'en rapproche beaucoup. L'imagination, dit Van Helmont, avait abandonné la tête pour aller « s'établir et exercer avec solennité ses fonctions dans la région précordiale. » Or, supposez, comme cela arrive chaque jour dans les rêves, cette imagination occupée à une conversation dans laquelle elle fait elle-même les demandes et les réponses, et Van Helmont n'eût pas manqué de dire qu'on lui parlait à l'épigastre, comme le disent quelquefois les aliénés et les somnambules. La différence est donc ici tout entière dans la forme. Le phénomène, en effet, est le même, soit que le malade croie simplement qu'il pense à l'épigastre ou qu'on lui parle dans le même point, et il n'y a pas plus de voix ou de sensation auditive dans un cas que dans l'autre.

On rencontre quelques malades chez lesquels les choses se passent autrement. Ceux-là ont une sensation auditive bien réelle, mais tout à fait différente des perceptions sensorielles des hallucinés, je veux parler des aliénés qui, en même temps qu'ils croient entendre parler à l'épigastre, prononcent eux-mêmes des mots la bouche fermée, et comme le font les ventriloques. Les sons le plus souvent sont si faibles, que le malade seul les perçoit. C'est ce qui a lieu chez une femme actuellement dans mon service à l'hospice de la Salpêtrière.

Cette femme, âgée de quarante-cinq ans environ, a été horriblement défigurée à la suite d'une gangrène qui lui a fait perdre toute la lèvre supérieure. Elle a vainement cherché dans les secours de la chirurgie les moyens de remédier à sa difformité. Le chagrin qu'elle a éprouvé de cet accident paraît avoir beaucoup contribué au dérangement de son esprit. Elle a d'ailleurs une telle crainte qu'on ne s'aperçoive de l'absence de sa lèvre, qu'elle tient constam-

ment un mouchoir sur sa bouche, et elle apporte à cela une telle attention, que les personnes qui l'entourent depuis plus d'un an ignoreraient complètement son malheur si elles ne l'avaient connu à l'avance.

Le délire est principalement caractérisé par des hallucinations de l'ouïe; la malade croit avoir autour d'elle, derrière son cou, dans sa gorge, dans sa poitrine, des personnes qui ne cessent de lui parler. Souvent, si l'on se tient près de son lit, et qu'on ne fixe plus son attention, on entend bientôt un bruit très faible qui se fait dans sa gorge et dans sa poitrine; si l'on s'approche plus près, et si l'on écoute, on distingue des mots, des phrases même : or, ces mots, ces phrases, l'hallucinée prétend que ce sont ses interlocuteurs invisibles qui les prononcent, et c'est en réalité ce qu'elle entend. Pendant qu'elle parle ainsi intérieurement, la bouche est fermée, de sorte qu'il y a bien réellement ici un commencement de ventriloquie. On peut d'ailleurs mieux s'assurer de ce phénomène en priant cette femme d'adresser une question à ses interlocuteurs invisibles. On entend alors la réponse qui se fait dans sa gorge, et sans qu'elle ait conscience que c'est elle qui l'a fait.

Il ne saurait dans tous les cas analogues y avoir de doute; l'hallucination consiste évidemment à entendre des paroles que les malades prononcent très bas, à leur insu et la bouche fermée, et qui semblent, en effet, sortir de la poitrine et de l'épigastre. Les aliénés méconnaissent alors leur propre voix comme on la méconnaît dans les rêves.

Il semble d'ailleurs, à part ces faits, dans lesquels, comme je l'ai dit, il y a un commencement de ventriloquie, il semble, dis-je, que le malade ait alors la plus grande tendance à assigner à la voix le point qui est devenu le siége d'une sensibilité plus ou moins vive. On verra dans l'observation suivante la voix partir de diffé-

rentes parties dans lesquelles il survenait des douleurs rhumatismales.

« Le nommé G..., âgé de soixante ans, né à Lyon de parents pauvres, apprit néanmoins à lire et à écrire, puis travailla quelque temps comme ouvrier en soie. Habituellement mélancolique, d'un caractère bizarre, cette profession ne lui plaisait pas; il quitta sa famille et se rendit à Marseille. Il annonça en partant qu'il ne donnerait pas de ses nouvelles, qu'on ne le reverrait jamais, qu'on pouvait le considérer comme mort. Il a tenu parole, autant qu'il dépendait de lui, puisqu'il n'a revu qu'après plus de quarante années d'absence sa ville natale, où il a été ramené par la gendarmerie, sa maladie l'ayant privé de tout moyen d'existence. Pendant ce long espace de temps, cet homme a été successivement garçon cafetier, colporteur, marin, prisonnier en Angleterre, et enfin petit marchand de mercerie depuis son retour en France; au milieu de cette vie aventureuse, il a presque toujours été malheureux.

« Depuis quinze mois il est continuellement tourmenté par un *esprit immonde* qui est l'âme d'un nommé Moytiers qu'il a connu dans le département du Pas-de-Calais. Cette âme venait quelquefois habiter son corps, et en sortait après un séjour assez court. Étant restée plus longtemps une fois qu'à l'ordinaire, elle trouva mort et enterré le corps qu'elle avait animé jusque-là; elle revint dans le sien, où elle a fait dès lors élection de domicile; elle parcourt son corps tout entier, mais elle occupe de préférence sa poitrine, son cou et sa tête. Elle le tourmente et l'agite sans cesse; elle lui parle, l'appelle par son nom, s'immisce à ses idées, et s'oppose même à ce qu'il puisse prier pour sa délivrance; elle lui commande de se soumettre à sa puissance, de l'adorer, etc. Comme il n'a jamais voulu se rendre aux désirs de cet esprit immonde, il est sans cesse

menacé, persécuté; il éprouve des vertiges, des suffocations; souvent il lui est impossible de manger, lors même qu'il a grand appétit; son sommeil est continuellement troublé par des rêves affreux. Alors il pousse des cris terribles, ou bien il se frappe la poitrine à coups redoublés pour obliger l'esprit à se porter sur des organes moins essentiels à la vie. Il éprouve alors quelque soulagement, mais jamais il ne peut le chasser complètement. Pour obtenir un pareil résultat, il pense qu'il faudrait trouver un de ces êtres privilégiés auxquels a été accordé le don de chasser les démons ou les âmes qui tourmentent certaines personnes par suite d'une prédestination particulière : ainsi il n'est point étonné de tout ce qu'il éprouve; il en avait toujours eu le pressentiment parce qu'il sait qu'il a été maudit dans le sein de sa mère.

« A part ses idées singulières et ses hallucinations, cet homme jouit de toutes ses facultés mentales; il ne déraisonne point, quel que soit le sujet de la conversation. Ses maux sont affreux, mais il les décrit avec calme et résignation.

« Il a été atteint de douleurs rhumatismales; lorsqu'on lui dit qu'un rhumatisme peut causer les douleurs qu'il éprouve dans diverses parties du corps, il demande si l'on a vu quelquefois *des douleurs parler*, *tenir des discours*, *etc.*

« Ainsi, comme cela arrive à tous les hallucinés, sa conviction est tellement profonde que chercher à combattre ses idées serait absolument inutile (1). »

82. *Les malades se servent quelquefois du mot voix faute d'une autre expression qui rende mieux ce qu'ils éprouvent.* Les malades, qu'ils aient des hallucinations psycho-sensorielles ou purement psychiques, disent presque tous qu'ils

(1) Bottex, *Essai sur les hallucinations*, p. 56.

entendent des *voix*; mais si l'on cherche à pénétrer plus avant au fond des choses, on reconnaît bien vite de grandes différences dans la manière dont ils s'expliquent. Les uns continuent à soutenir que ce sont bien réellement des voix en tout semblables aux voix ordinaires; les autres, au contraire, avouent qu'ils se servent de ce mot *voix* faute d'un autre qui rende mieux ce qu'ils éprouvent. J'ai vu avec M. le docteur Parmentier un jeune Anglais âgé de vingt-trois ans, et qui entendait souvent une *voix* qui lui ordonnait de se tuer. Le malade, par suite de ses hallucinations, avait déjà fait deux tentatives très graves de suicide. Je tâchai de bien faire préciser à ce malade ce qu'il éprouvait, et lui demandai si cette voix ressemblait aux voix ordinaires. « Non, me dit-il, je m'explique mal; ce n'est pas une voix, c'est une suggestion. »

83. *Pourquoi les aliénés qui n'ont que des hallucinations psychiques soutiennent qu'ils entendent réellement des voix.* La même chose arrive pour d'autres aliénés ayant aussi des hallucinations psychiques, mais il en est qui persistent à soutenir qu'ils entendent bien réellement une voix. On concevra qu'il doit en être ainsi assez souvent. Le malade qui avoue qu'il entend la *pensée*, sans bruit, sans qu'on prononce de paroles, sans que ses interlocuteurs remuent les lèvres, se place dans une exception étrange; il ne peut expliquer ce qu'il éprouve que par des conditions exceptionnelles; il converse d'*âme à âme*, par *intuition*, par *magnétisme*; il a une *nouvelle faculté* ou bien un *sixième sens*. Plusieurs aliénés, comme nous l'avons vu, ne reculent pas devant ces explications; mais il est bien plus simple de rester dans la règle commune en soutenant qu'on entend des *voix* extérieures et en tout semblables aux voix ordinaires.

En général, il me semble difficile d'admettre des hallu-

cinations psycho-sensorielles chez des aliénés qui consentent à adresser en votre présence et sur votre invitation des questions à leurs prétendus interlocuteurs et qui en reçoivent des réponses. J'ai déjà cité l'observation d'une femme de la Salpêtrière qui croyait jouer à pair ou non avec le préfet de police; cette malade prenait dans sa poche une poignée de pièces de monnaie, puis, tendant sa main fermée, elle attendait que le préfet eût prononcé le mot *pair* ou *impair*. Elle pouvait ainsi, à toute heure du jour et quand on l'en priait, répéter cette manœuvre. Or, peut-on supposer qu'il se produisît alors une impression auditive bien réelle, et qu'il y eût chez cette femme autre chose qu'une hallucination purement psychique?

Il faut d'ailleurs avouer qu'il est souvent difficile de décider de quelle nature sont les hallucinations. Il y a des malades qui ne sont point ou ne sont plus assez intelligents pour bien définir ce qu'ils éprouvent ; d'autres se trompent et trompent à leur insu. L'erreur vient chez quelques-uns de ce qu'ils ont eu simultanément ou successivement des phénomènes de différente nature et qu'ils ne savent pas bien distinguer. Telle est l'observation suivante, que je citerai avec tous ses détails malgré son étendue. Outre les particularités curieuses qu'elle renferme, elle paraît très propre à démontrer les difficultés qu'on peut rencontrer sous ce rapport.

84. *Malade qui entend la pensée à distance à l'aide d'une nouvelle faculté ou d'un sixième sens.* M. B..., ancien notaire, âgé de soixante ans environ, est entré en 1833 dans la maison de santé de M. le docteur Belhomme. Ce malade a joui autrefois d'une assez belle fortune, qu'il a dissipée en partie par de folles dépenses. Réduit à une honnête aisance, il a dû renoncer aux habitudes qu'il avait contractées, et changer son genre de vie. Il devint alors extrême-

ment défiant, s'éloigna de ses enfants et de ses amis. Bientôt il quitte a ville qu'il habitait depuis longues années, et reste cinq ans sans sortir de chez lui, occupé de recherches sur le magnétisme et les mathématiques. En 1833, il vient à Paris et se place volontairement dans l'établissement de M. Belhomme. A part ses défiances exagérées et une certaine originalité, il ne pouvait pas encore être considéré comme véritablement aliéné. M. B... resta libre de sortir quand il voulait et n'abusa pas de sa liberté. Un jour, il entend un coup de fusil, et suppose qu'on a tiré sur lui. Il cherche quel peut être l'auteur de cette tentative d'assassinat, et ses soupçons se portent sur une personne à côté de laquelle il était placé chaque jour à table. Résolu de se venger, il attend le dîner, et frappe tout à coup cette personne à la tête avec une bouteille. Depuis lors, on a dû priver M. B... de sa liberté et le surveiller avec soin. Cependant cette prétendue tentative d'assassinat, la vengeance qu'il en avait tirée, la perte de sa liberté, tout cela l'inquiétait vivement et il réfléchissait sans cesse à ces graves événements. C'est au milieu des longues nuits qu'il passait alors sans sommeil, tout entier à ses préoccupations et à ses craintes, qu'il éprouva tout à coup un phénomène singulier, et qui excita au plus haut degré son étonnement. Il lui semblait, au milieu du silence de la nuit, entendre des *voix* confuses qui bourdonnaient à ses oreilles. C'était surtout au moment où il allait s'endormir, et immédiatement après le réveil, que ces voix se faisaient entendre plus distinctement. Le malade reconnaît qu'il était, pendant le temps que duraient ces *voix*, dans un état spécial; il désigne cet état sous le nom de *crise magnétique*. Cette crise se prolongeait le matin après le réveil pendant une demiheure environ; les voix étaient fortes et ressemblaient aux voix ordinaires. Les hallucinations reparurent aussi quel-

quefois pendant le jour. Le malade éprouvait, en outre, un autre symptôme : il avait dans les oreilles un bruit qu'il compare, tantôt à celui que fait le feuillage agité par le vent, et tantôt au bourdonnement d'un insecte. Il a remarqué une certaine corrélation entre ce bruit et les hallucinations, qui deviennent plus fortes quand ce bruit lui-même a plus d'insensité.

Outre ces symptômes qui se reproduisent encore aujourd'hui, mais seulement le matin, après le réveil, M. B... a peu à peu acquis, depuis quatre ans, une faculté nouvelle et merveilleuse qui lui permet d'entendre, quand il le veut, la *pensée* à des distances plus ou moins éloignées. Il peut ainsi entretenir de longues conversations avec des interlocuteurs invisibles; il leur fait des demandes et en reçoit des réponses. Je ne puis d'ailleurs mieux faire que de citer des fragments de lettres, dans lesquelles il décrit ce qu'il appelle sa faculté *veillambulique*, et répond à diverses questions que je lui avais adressées :

« Monsieur, vous m'avez fait l'honneur de me demander quelques renseignements sur la *faculté veillambulique* que je possède, et je me fais le plus grand plaisir de répondre à votre aimable invitation. Le mot *veillambulique* a été imaginé pour exprimer une faculté nouvelle, et qui m'avait été inconnue jusqu'au moment où elle s'est manifestée à moi, il y a environ quatre ans. Depuis cette époque, elle ne m'a point quitté. Elle consiste *à entendre très distinctement la pensée* des personnes avec lesquelles je me trouve en rapport magnétique et somnambulique; car je crois que cette faculté tient à la fois de l'un et de l'autre. On sait, en effet, que certains magnétiseurs font des somnambules avec lesquelles ils parlent et s'entendent *par la pensée*. J'ignore si leurs pensées sont, comme les nôtres, *formulées en paroles veillambuliques*, et qui peuvent s'exprimer de

suite dans le langage ordinaire, par des paroles et avec la voix ordinaire; mais ce que je puis vous affirmer, c'est que, dans ma conviction, il en est ainsi dans nos conversations *veillambuliques* magnétiques, avec les estimables personnes qui sont en rapport avec moi.

« *J'ai une pensée, après celle-là une autre, et ainsi de suite. Je formule mentalement ces pensées dans la langue française, avec la volonté* de les faire parvenir aux personnes avec lesquelles je suis en conversation, et qui sont presque toujours éloignées de moi par une assez grande distance. »

Nous voilà fixé sur la manière dont M. B... parle à ses interlocuteurs invisibles. J'ajouterai qu'il arrive à ce malade, comme à beaucoup de personnes, de remuer un peu les lèvres pendant qu'il formule mentalement les paroles qu'il veut faire parvenir à ses interlocuteurs.

Il reste maintenant à rechercher comment M. B... entend les réponses qu'on lui fait, lorsqu'il est en conversation *veillambulique*. Je continue à citer sa lettre.

« Vous m'avez demandé, monsieur, quels sons produisaient à mes oreilles les paroles *veillambuliques* des personnes de notre société; j'aurai l'honneur de vous dire que lorsque je les entends, c'est que je prête l'oreille, et que j'y porte *toute mon attention*; alors j'entends leurs voix (*quoique ce ne soient que leurs pensées formulées en paroles*); j'entends, dis-je, leurs voix comme des voix *très éloignées*, et qui viendraient aboutir à mon oreille, ou comme on entendrait quelqu'un qui parlerait de très loin, et pendant qu'il ferait du vent, ce qui forcerait la personne qui écoute à prêter l'oreille pour entendre plus distinctement. *Peu à peu* l'oreille *s'habitue* à ce *son de voix affaiblie*. et l'on finit toujours, avec l'*attention* nécessaire, par entendre. Mais je crois, monsieur, qu'il faut, lorsque l'on est doué de la faculté *veillambulique*, pour en tirer le plus

grand parti, il faut, dis-je, trois conditions indispensables qui sont : la *confiance* ou la *foi*, c'est-à-dire qu'il faut *croire* que l'on est doué de la faculté *veillambulique*, et que les personnes avec lesquelles on est en rapport magnétique possèdent aussi cette faculté; il faut, en second lieu, avoir *une forte volonté* d'entendre et d'être entendu de ces mêmes personnes; enfin, il faut y porter toute l'*attention* dont on est susceptible. Avec ces trois conditions, si l'on possède cette faculté *veillambulique*, on ne peut pas manquer de réussir à entendre et à être entendu, et à entretenir avec ses amis les conversations les plus agréables. L'*habitude* de converser de cette manière contribue beaucoup à développer cette faculté, et l'on acquiert *enfin* la facilité de parler et de se faire entendre toujours par *la pensée*. Aussi nommons-nous entre nous ce langage *le langage de la pensée*. »

« Je n'ai pas toujours eu, dit le malade dans une autre lettre, la même facilité que je possède actuellement de converser *veillambuliquement* avec mes amis. Mais j'avais un si *grand désir d'entendre leurs pensées* et de leur communiquer les miennes, après avoir reconnu que la chose était possible, que je m'efforçais, en faisant usage de toute *ma volonté*, *soit en parlant bas d'abord*, *soit en pensant* et en *formulant mes pensées*, de me faire entendre d'eux, puisqu'il me *semblait* que je les entendais assez distinctement pour les bien *comprendre*. La *pratique* de cette faculté, l'*exercice* et l'*habitude* ont fait le reste.

« Lorsque *j'ai cru* entendre que l'on me parlait, il me semblait que l'on parlait bas, et quelquefois un peu plus haut; et comme ce que je *croyais* entendre m'intéressait, je parlai haut comme pour me faire mieux entendre que je n'entendais moi-même ce que l'on disait, puis je parlai bas, et l'on entendait aussi bien, et l'on me répondait;

enfin, *je pensai en formulant mes pensées*, et ce fut alors que je m'aperçus que je pouvais fort bien me faire entendre et me faire comprendre en *formulant seulement mes pensées* sans les traduire *en paroles prononcées*.

« C'est ainsi que j'ai commencé à m'apercevoir que je possédais une faculté bien surprenante, et que cette faculté, mes amis la possédaient aussi, car sans eux je ne saurais pas que je suis *veillambule* naturel ; et sans moi vraisemblablement mes bons amis ne sauraient pas qu'ils sont excellents *veillambules* magnétiques. C'est une faculté précieuse que nous avons développée, et qui, dans mes mains, est devenue un art intéressant. »

M. B... n'a pas toujours entendu ses interlocuteurs de la même manière. Au début, il les entendait par *inspiration*. Or, si on lui demande ce que c'est qu'entendre par inspiration, il répond que c'est *entendre la pensée sans le son*. Maintenant encore, dans certains cas, ces conversations avec ses amis ont lieu de cette manière. Avant la découverte de la faculté merveilleuse qu'il possède aujourd'hui, il avait d'ailleurs une grande tendance à se préoccuper de ce qu'on pensait de lui; parfois même, quand quelque chose l'intéressait vivement, il lui semblait qu'il devinait la pensée des personnes avec lesquelles il se trouvait.

Un fait très important, et sur lequel M. B... s'est nettement expliqué, c'est que non seulement *il entend la pensée* de ses interlocuteurs, mais *il entend sa propre pensée* absolument de la même manière. « Dans le jour, dit-il, lorsqu'il se fait des bruits divers, et malgré ces bruits, si je pense à mes amis, et que je leur parle *en pensée*, et surtout si *j'écoute ma pensée*, *je l'entends* avec le *son* de la voix *veillambulique* de mes amis. »

Je demandai au malade comment il parvenait à dis-

tinguer ses propres pensées de celles de ses interlocuteurs, puisqu'il entendait également les unes et les autres. Voici quelle fut sa réponse :

« Lorsque je parle ou si je communique *ma pensée* à mes amis, c'est toujours à la *première personne*, et s'ils me parlent par la *pensée*, c'est toujours à la *seconde personne*. En outre, mes pensées m'appartiennent, je les connais; je n'avais, au contraire, aucune *idée* de celles que l'on m'adresse; *je reconnais qu'elles sont les pensées de mes interlocuteurs, et non les miennes.* »

Un autre point non moins important, c'est que, comme je l'ai dit, M. B... peut, quand il lui plaît, entrer en conversation *veillambulique*, c'est-à-dire qu'il pourrait, si on l'en *croit*, changer à volonté pour ainsi dire la nature de sa pensée.

« Il m'arrive très souvent, dit-il, de changer mes pensées ordinaires en pensées veillambuliques. Ainsi, lorsque je pense à quelqu'un ou à quelque chose qui n'a aucune relation directe avec nos conversations veillambuliques, mes amis, dans ce cas, n'entendent point ma pensée, parce que, dans ce moment, je ne pense pas à eux.

« Mais si, en pensant à quelque chose ou à quelqu'un qui leur est étranger, je pense en même temps à mes amis, alors mes amis entendent ma pensée formulée ou non formulée en paroles : il suffit *que je porte mon attention* sur eux pour qu'ils entendent tout ce que je pense ou tout ce que je dis, si toutefois ils portent de leur côté leur attention sur moi dans les moments dont nous parlons.

« Il arrive même assez souvent que lorsque je cause avec quelqu'un dans le langage ordinaire, si, dans ce moment même, je porte ma pensée sur mes amis, alors ils entendent toute notre conversation, et ils me le disent; ils entendent ce que l'on me dit, et ce que je réponds dans un

entretien familier avec les personnes avec lesquelles je cause; mais toujours avec cette condition, que pour entendre mon interlocuteur et moi, il est indispensable qu'ils portent leur attention sur moi.

» Enfin, monsieur, lorsqu'en lisant ou en écrivant, je porte ma pensée ou mon attention sur mes bons amis, je puis vous assurer, et ils me l'ont dit et confirmé cent fois, qu'ils entendent et qu'ils comprennent ce que je lis mentalement ou ce que j'écris. Et, tenez, dans ce moment, pendant que j'ai l'honneur de vous écrire cette lettre, mes bons amis, qui sont aussi les vôtres, m'affirment qu'ils entendent les pensées que je formule pour vous les transmettre dans cet écrit, au fur et à mesure que ces pensées surgissent dans mon cerveau.

» Tout ceci vous paraîtrait incroyable, monsieur, si vous n'étiez vous-même un très bon veillambule, et l'un des membres distingués de notre estimable société; car il faut être veillambule pour croire à la réalité de cette faculté extraordinaire dans l'homme, de communiquer sa pensée par le seul acte de sa volonté; aussi, lorsqu'il nous arrive de parler à nos amis du veillambulisme magnétique, ne manquons-nous pas de rencontrer une infinité d'incrédules. Oui, monsieur, pour croire à cette qualité, il faut la posséder soi-même. »

Dans plusieurs passages des lettres que je viens de citer, M. B... cherche à prouver qu'il entend réellement les voix de ses interlocuteurs invisibles. Les preuves qu'il en donne sont assez curieuses, et je ne saurais les passer sous silence. Après avoir dit qu'il entendait souvent la *pensée* de ses amis à une assez grande distance, il ajoute : « Au moins, je n'en puis douter, puisque nos conversations *étaient suivies*, et que les réponses qui m'étaient faites par mes aimables interlocuteurs *ne venaient pas de moi*. Je suis

donc bien persuadé que ce n'est pas une hallucination de ma part, mais bien au contraire, que c'est une réalité. Cependant mes amis n'ont pas encore voulu convenir avec moi de la réalité de ces entretiens veillambuliques; ils ne veulent pas en convenir, dis-je, dans le *langage ordinaire*, mais dans le langage *veillambulique*, oh! c'est bien différent, ils en conviennent très bien; ils m'engagent même à ne pas négliger cette intéressante faculté, à laquelle, me disent-ils, ils trouvent beaucoup de charme. »

Cette observation m'a paru remarquable sous plusieurs rapports, et très propre à éclairer la nature des hallucinations. Elle peut aussi servir à démontrer combien il est parfois difficile, même dans les cas favorables, de se faire une idée juste du phénomène éprouvé par tel ou tel malade.

M. B... a eu, sans nul doute, des hallucinations psycho-sensorielles, et c'est à de fausses perceptions de cette nature qu'il faut rapporter les voix confuses qui bourdonnaient à ses oreilles, et se faisaient entendre le soir avant le sommeil, et le matin au réveil. Le malade caractérise l'impression sensorielle qu'il éprouvait, en disant que ces *voix* atteignaient parfois leur *medium*, et qu'elles ressemblaient aux voix ordinaires. Mais, outre ce phénomène tout à fait involontaire, M. B... en présente un autre qu'il peut, au contraire, produire à volonté. Ce phénomène est celui qui consiste à entendre la pensée d'interlocuteurs éloignés.

L'hallucination est-elle dans les deux cas de la même nature? Faire *en pensée* des demandes et entendre *en pensée* des réponses, et cela à volonté, est-ce la même chose que d'entendre spontanément, involontairement, des voix qui bourdonnent à nos oreilles, des voix semblables aux voix ordinaires? Nous ne saurions assimiler ces deux phéno-

mènes, et nous croyons qu'ils diffèrent complètement quant à leur nature. Cependant, si l'on en croit M. B..., lorsqu'il entend la *pensée* de ses interlocuteurs, il l'entend comme une voix affaiblie, très éloignée; il lui semble que quelqu'un parle de très loin et pendant qu'il fait du vent. Peu à peu, dit-il, l'oreille s'habitue à ce son de voix affaiblie, et l'on finit par entendre; mais pour cela, il faut trois conditions : la *confiance* ou la *foi*, une *forte volonté* d'entendre; puis, enfin, il est indispensable qu'on prête toute son attention.

Ces explications du malade me semblent démontrer l'erreur dans laquelle il tombe.

Je lui ai demandé à tort quels *sons* produisaient à ses oreilles les paroles de ces interlocuteurs, et il cherche à répondre à ma question. Jusque-là, il n'avait rien dit de ses voix affaiblies. La seule preuve sur laquelle il s'appuyât pour démontrer la réalité de ses entretiens, c'est qu'ils *étaient suivis*; c'est que les réponses ne *venaient pas de lui*; c'est qu'on lui parlait *à la seconde personne*. Tout cela, comme on voit, est étranger au fait sensoriel, et ne se rapporte qu'aux phénomènes intellectuels. Le malade ne songe même pas à invoquer le premier de tous les arguments, en répétant avec les véritables hallucinés, *j'entends* ces voix aussi distinctement que je vous entends.

D'ailleurs, on ne manquera pas de remarquer la manière dont M. B... est parvenu à entendre les voix affaiblies de ses interlocuteurs. C'est peu à peu que l'habitude a perfectionné chez lui cette faculté, et encore ajoute-t-il qu'il faut la foi, une forte volonté d'entendre et une extrême attention.

Ce n'est pas ainsi que les choses se passent dans les hallucinations psycho-sensorielles. Outre que les malades s'expriment d'une manière toute différente et qu'ils invo-

quent d'autres preuves, ils n'ont nullement besoin ni de la foi ni d'une forte volonté pour entendre. Quant à la nécessité de concentrer toute son attention pour suivre les prétendues conversations, on verra bientôt que, loin de favoriser ainsi les hallucinations réellement sensorielles, on arrive, au contraire, à les suspendre.

Ce que M. B... dit de la manière de converser par inspiration, c'est-à-dire d'entendre quelquefois la pensée sans aucun bruit de voix, est encore un fait qu'il est important de remarquer.

Je pense donc que l'aliéné dont je viens de citer l'observation se trompe quand il parle de ces sons affaiblis de voix qu'on arrive à entendre peu à peu à force d'habitude, à l'aide d'une ferme volonté et d'une grande attention. Je crois, au contraire, qu'il est complètement dans le vrai quand il se borne à dire qu'il entend la *pensée formulée en paroles*. Il éprouve ce que les auteurs mystiques ont désigné sous le nom de locutions intellectuelles, ce que nous avons appelé des hallucinations psychiques.

Il y a donc chez ce malade deux phénomènes distincts : l'un, passager, mais involontaire, n'a le plus souvent lieu que le matin au réveil ; l'autre, au contraire, se produit pendant presque toute la journée ; et quand il a cessé, M. B... peut le faire naître à volonté.

Dans le premier cas, il entend des voix confuses, mais fortes comme les voix ordinaires, et qui atteignent parfois leur *medium* ; dans le second, il n'entend que la pensée.

Il a donc successivement chaque jour des hallucinations psycho-sensorielles et des hallucinations psychiques.

Ce fait montre combien il peut être difficile chez certains malades de reconnaître la nature des hallucinations, et combien l'erreur est facile.

En résumé, on peut se fonder pour admettre des hallucinations purement psychiques :

1° Sur la manière dont s'expriment certains hallucinés qui prétendent qu'ils entendent la *pensée*, le *langage de la pensée*, qu'ils conversent d'*âme à âme* par *inspiration*, qu'ils entendent des *voix secrètes*, *intérieures*, des voix qui ne font *ps de bruit*, etc.;

2° Sur les résultats des observations faites par les auteurs mystiques, juges très compétents en pareille matière, et qui ont distingué des hallucinations *intellectuelles* et des hallucinations *corporelles*;

3° Sur l'existence positivement démontrée de deux sortes d'hallucinations de l'ouïe dans les rêves;

4° Sur le témoignage de certains malades qui ont éprouvé successivement ou simultanément deux sortes de fausses perceptions de l'ouïe qu'ils ont très nettement distinguées; et dont les unes ressemblaient aux voix ordinaires, tandis que les autres étaient complètement différentes;

5° Enfin sur l'observation directe de quelques hallucinés qui déclarent que les voix qu'ils entendent sont des voix secrètes, intérieures, *voix* qui ne font pas de bruit, et qui ajoutent même que ce mot *voix* ne rend pas complètement leur pensée, etc.

Nous croyons donc devoir admettre deux sortes de fausses perceptions de l'ouïe : les unes *psycho-sensorielles*, et les autres purement *psychiques*.

IV. — L'hallucination est-elle le résultat d'une altération organique du cerveau appréciable par nos moyens d'investigation ?

85. *Hallucinations psycho-sensorielles.* On ne peut guère espérer de rencontrer après la mort des lésions appréciables dans le cerveau ou dans les organes des sens des malades

dont les hallucinations n'ont pas persisté au delà de quelques heures, de quelques jours même. Si des recherches de cette nature avaient quelques chances de succès, ce serait dans les cas assez nombreux d'ailleurs, où les fausses perceptions se sont prolongées pendant plusieurs années. Mais il se présente alors une grave difficulté. Lorsque les hallucinations durent pendant longtemps, elles s'accompagnent presque nécessairement de délire. Il faudrait donc, si l'on rencontrait quelque altération du cerveau, déterminer ce qui appartient aux hallucinations et ce qu'on doit rapporter aux conceptions délirantes. On voit que cette question se rattache à celle de la folie sensorielle, et c'est en traitant de cette maladie qu'il convient de l'examiner avec détail. Ce qu'on peut dire d'une manière générale, c'est que les recherches anatomiques chez les hallucinés aliénés n'ont, jusqu'à présent, fait découvrir dans le cerveau aucune altération à laquelle on puisse attribuer spécialement les hallucinations (1).

L'insuffisance des recherches cadavériques dans ce cas ne doit, d'ailleurs, pas plus surprendre que l'ignorance où nous sommes encore aujourd'hui sur les causes anatomi-

(1) Les altérations des nerfs rencontrées dans quelques cas par M. Foville ne sont point constantes, et l'on ne saurait évidemment leur rapporter un phénomène qui se produit souvent alors qu'elles n'existent pas. Quant aux lésions du cervelet signalées aussi par le savant médecin que je viens de citer, il paraît lui-même les avoir observées chez les aliénés non hallucinés. « L'inspection *post mortem* du cervelet chez les aliénés, dit M. Foville, m'a permis de constater un assez grand nombre de fois depuis deux ans un état pathologique de cet organe consistant en adhérences intimes de sa couche corticale avec les parties correspondantes de la pie-mère et de l'arachnoïde. Cet état pathologique est *surtout* fréquent chez les hallucinés. C'est quelquefois la seule altération qu'on rencontre dans l'encéphale de ceux dont le délire avait pour base unique les hallucinations, etc. » Les mêmes altérations du cervelet paraissent donc avoir été rencontrées par M. Foville chez des aliénés non hallucinés.

ques de l'hystérie, de la catalepsie, du somnambulisme, de l'extase, et surtout de la folie. Ce n'est pas assurément une raison pour renoncer à ces recherches, qui, poursuivies avec des moyens plus rigoureux d'investigation, pourront peut-être conduire un jour à quelque résultat. Mais nous devons avouer qu'on n'a, jusqu'à présent, obtenu, sous ce rapport, aucun fait précis, et qu'on puisse regarder comme définitivement acquis à la science.

Les hallucinations, comme les autres névroses, sont produites par un désordre inconnu dans sa nature, et qui peut, par exemple, succéder à une suppression d'hémorrhoïdes aussi bien qu'à une impression morale vive. Dans quelques cas ce désordre sera guéri par une saignée, et, dans d'autres, il cessera après une violente émotion. Le plus souvent, il est le résultat de causes physiques et morales réunies, et le traitement qui réussit le mieux est en même temps physique et moral.

86. *Hallucinations psychiques.* Si l'on n'a rien pu déterminer de précis, quant à la nature du désordre auquel on devrait attribuer les hallucinations psycho-sensorielles, à plus forte raison doit-on s'attendre à ne rien trouver après la mort pour expliquer les hallucinations psychiques. Les fausses perceptions psycho-sensorielles s'observent surtout, en effet, dans les maladies aiguës; elles sont souvent produites par des agents toxiques; elles ont donc, sous ce rapport, un caractère en quelque sorte plus matériel.

A part le délire, l'état intellectuel des malades qui ont des hallucinations psychiques diffère peu de celui des personnes qui ont l'habitude de parler seules, à leur insu, et il est probable que la cause immédiate des deux phénomènes est la même. Avant d'en arriver à reconnaître à quoi tiennent ces modifications dans l'exercice de l'intelligence, la science aura bien d'autres problèmes à résoudre.

RÉSUMÉ.

Il y a, quant à la nature des hallucinations, deux points à étudier. Il s'agit de déterminer :

1° Si l'hallucination est un phénomène purement psychique ou psycho-sensoriel ;

2° Si ce phénomène peut être expliqué par quelques altérations appréciables du cerveau ou des appareils sensoriels.

On doit admettre deux sortes de fausses perceptions, dont la nature n'est pas la même : des hallucinations *psycho-sensorielles* dues à la double action de l'imagination et des organes des sens, et des hallucinations purement *psychiques*, et tout à fait indépendantes des appareils sensoriels.

L'existence des fausses perceptions psycho-sensorielles est prouvée par les témoignages des personnes saines d'esprit, et qui ont éprouvé des hallucinations passagères, et entre autres par ceux de Burdach et de Müller, qui se sont tous deux expliqués sur ce point de la manière la plus précise.

L'état complet de veille et de lucidité dans lequel les hallucinations ont quelquefois lieu ne permettrait point de comprendre l'erreur des malades sains d'esprit, et qui affirment qu'ils ont réellement vu et entendu. Plusieurs de ces malades, et entre autres le libraire Nicolaï, se sont d'ailleurs nettement expliqués sur la différence qu'ils reconnaissaient entre leurs hallucinations et les idées reproduites par la mémoire.

Le témoignage des aliénés, mais surtout celui des aliénés guéris, acquiert une grande importance par l'accord remarquable qui existe dans la manière dont ces malades

s'expriment. Il résulte des faits recueillis par Esquirol, Lélut, Foville, Leuret, Aubanel, Bayle et par moi-même, que les hallucinés, soit pendant leur maladie, soit après leur guérison, affirment qu'ils ont vu et entendu aussi nettement qu'ils voient ou qu'ils entendent, dans l'état complet de santé et de veille.

Les détails que les hallucinés donnent sur la manière dont ils sont impressionnés peuvent encore être invoqués pour démontrer l'existence des hallucinations psycho-sensorielles.

Pour les hallucinations de l'ouïe, les malades indiquent si la voix qu'ils entendent est forte ou faible, dans quelle direction elle vient; quelquefois cette voix n'est entendue que par une seule oreille, etc.

Les hallucinés qui ont eu des visions affirment, les uns, que les images couvrent les objets extérieurs; les autres, qu'elles suivent les mouvements des yeux. Gruithuisen, entre autres faits, a remarqué que, conformément aux lois de l'optique, une figure très brillante laissait à sa place une figure de même forme, mais obscure, etc. Nicolaï a décrit la décroissance graduelle dans la vivacité des images, la persistance de certaines parties, quand d'autres étaient déjà effacées, etc.

Les actes des hallucinés que leur conviction dans la réalité de leurs fausses perceptions poussent à l'homicide et au suicide, tendent encore à démontrer qu'il existe des hallucinations psycho-sensorielles.

J'ai pu encore m'appuyer, pour prouver la réalité de l'action des sens, sur ce que j'ai moi-même éprouvé quant aux fausses perceptions de la vue, qui m'ont laissé la conviction d'impressions sensorielles aussi réelles que celles de l'état normal.

Les malades qui ont des hallucinations psychiques s'ex-

priment d'une manière très différente de ceux qui ont des hallucinations psycho-sensorielles. Ils prétendent qu'on leur parle *en pensée*, par *intuition*, par *magnétisme*; ils conversent d'*âme à âme*, *en idée*; ils entendent le *langage de la pensée*, etc.

Les auteurs mystiques ont admis deux sortes d'hallucinations : les unes *intellectuelles*, et les autres *corporelles*.

L'étude des rêves prouve qu'il existe des hallucinations psychiques et psycho-sensorielles.

On peut surtout démontrer l'existence de deux sortes d'hallucinations par le témoignage de certains malades, qui ont éprouvé successivement deux phénomènes de nature différente, et qu'ils ont distingués avec soin.

Les aliénés qui éprouvent des hallucinations psychiques de l'ouïe prétendent souvent qu'ils peuvent converser mentalement, et sans que leurs interlocuteurs remuent les lèvres et prononcent aucune parole. Ils comprennent le *langage de la pensée*.

Les médecins ont confondu les hallucinations psychiques avec les fausses perceptions psycho-sensorielles.

Les cas dans lesquels les malades entendent des voix à l'épigastre paraissent tous appartenir aux hallucinations purement psychiques.

Il faut aussi rapporter aux hallucinations psychiques les observations dans lesquelles les aliénés entendent des voix secrètes, intérieures.

Il en est de même des cas dans lesquels les hallucinés assurent qu'ils peuvent, quand il leur plaît, adresser des questions à leurs interlocuteurs invisibles et en recevoir des réponses.

Ces malades se servent quelquefois du mot *voix*, faute d'une autre expression qui rende mieux ce qu'ils éprouvent.

Les aliénés qui n'ont que des hallucinations psychiques

prétendent quelquefois qu'ils entendent des *voix* ordinaires, parce qu'il est plus simple de soutenir ce fait que d'inventer des explications étranges, et de dire, par exemple, qu'ils conversent d'*âme à âme*, par *intuition*, par *magnétisme*, qu'ils comprennent le *langage de la pensée*, etc.

Il est parfois difficile de décider de quelle nature sont les hallucinations, parce que les malades n'ont pas ou n'ont plus assez d'intelligence pour bien expliquer ce qu'ils éprouvent, et aussi parce qu'ils ont eu successivement ou simultanément des hallucinations psychiques et psycho-sensorielles qu'ils ont fini par confondre.

La science n'a jusqu'à présent rien découvert de satisfaisant quant aux causes immédiates des hallucinations; l'insuffisance des recherches cadavériques, dans ce cas, ne doit d'ailleurs pas plus surprendre que l'ignorance où nous sommes encore aujourd'hui sur les causes anatomiques de l'hystérie, de la catalepsie, de l'extase, et de presque tous les dérangements de l'intelligence.

III

DU MODE

DE

PRODUCTION DES HALLUCINATIONS

I. — Des conditions qui favorisent la production des hallucinations psycho-sensorielles.

87. *Trois conditions sont nécessaires pour la production des hallucinations.* Le mécanisme intime de l'hallucination ne pouvant être expliqué, ont doit accorder d'autant plus d'importance à ce qu'il est permis de découvrir, quant aux conditions qui favorisent la production d'un phénomène si étrange. Ces conditions sont, à mon avis, au nombre de trois. Ce sont :

1° L'*exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination ;*

2° La *suspension des impressions externes;*

3° L'*excitation interne des appareils sensoriels ;*

Je réunirai ce que j'ai à dire des deux premiers points me réservant d'examiner séparément le troisième.

88. *L'exercice involontaire des facultés et la suspension des impressions externes favorisent au plus haut degré la production des hallucinations.* Il y a pour l'intelligence deux états très différents : dans l'un, les idées sont provo-

quées et dirigées par la volonté; dans l'autre, au contraire, l'influence du pouvoir personnel a cessé, mais la mémoire et l'imagination, soustraites à son empire, continuent d'agir, ainsi qu'on l'observe pendant les rêves, par exemple. « Comme un ouvrier prend et quitte tour à tour ses instruments, nous sentons la volonté, tantôt se saisir des capacités de notre nature, et les employer à ses desseins, tantôt les délaisser et les abandonner à elles-mêmes; et ce qu'il y a de remarquable, c'est que, dans ce dernier cas, nos capacités naturelles n'en marchent pas moins, pour être délaissées par le pouvoir personnel (1). »

Il importe de rechercher si les hallucinations se produisent indifféremment dans ces deux états, ou exclusivement dans l'un des deux.

L'examen de cette question, qui n'a point encore été discutée, m'a conduit à admettre que l'exercice involontaire des facultés intellectuelles est toujours la condition la plus propre à la production des hallucinations. On a dit que ce phénomène pouvait avoir lieu au plus haut degré de la méditation, et qu'il était pour ainsi dire le couronnement de l'idée fixe; je pense, au contraire, qu'il est surtout favorisé par la détente de l'esprit, et que l'exercice volontaire loin de le produire, le suspend, quand il existe.

Il arrive, pour les fausses perceptions sensorielles, ce qui a lieu souvent, quand nous cherchons dans notre esprit une expression qui nous fuit. Il semble que l'effort que nous faisons, loin de nous aider, soit plutôt un obstacle. A peine, en effet, cet effort a-t-il cessé, que le mot se présente pour ainsi dire de lui-même. Je ne prétends pas d'ailleurs établir d'autre parité entre les deux phénomènes, et je ne rappelle ici ce point que pour bien faire com-

(1) Jouffroy, *Mélanges philosophiques*. Paris, 1833, p. 352.

prendre ce que je viens de dire, quant à la détente de l'esprit.

Au plus haut degré de l'excitation intellectuelle produite par une violente passion, par exemple, les idées se pressent en foule, mille projets se succèdent, la volonté est impuissante pour calmer cette sorte d'effervescence, et c'est en vain qu'on essayerait de se livrer au travail intellectuel ; à chaque instant des idées étrangères surgissent et vous entraînent. Il y a alors jusqu'à un certain point exercice involontaire des facultés ; mais si cette exaltation passagère est produite par une passion excitante comme l'ambition, le désir de la vengeance, etc., il y aura en même temps des impulsions fortes, énergiques, qui solliciteront l'activité musculaire et qui tiendront les sens en éveil. Aussi ne voit-on point les hallucinations survenir dans ces conditions. L'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination ne suffit donc pas pour expliquer ce phénomène. Nous prouverons au contraire que les fausses perceptions sont très facilement produites par les passions débilitantes et certains agents spéciaux qui, en même temps qu'ils affaiblissent ou détruisent l'action de la volonté, suspendent les impressions externes.

Je vais chercher à démontrer :

1° Que tous les états caractérisés par l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination, et par la suspension plus ou moins complète des impressions externes, sont le plus souvent accompagnés d'hallucinations :

2° Que l'activité volontaire de l'intelligence, loin de provoquer directement les fausses perceptions sensorielles, les suspend au contraire, quand elles existent ;

3° Que les causes qui produisent l'indépendance de certaines facultés et la suspension des impressions externes sont en même temps celles qui provoquent les hallucinations ;

4° Que les malades, pendant la durée de leurs fausses perceptions, sont dans un état spécial caractérisé, outre les hallucinations, par l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination, et par la suspension des impressions externes.

89. *Tous les états caractérisés par l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination, et par la suspension des impressions externes, sont en même temps accompagnés le plus souvent d'hallucinations psycho-sensorielles.*

§ I. — *État intermédiaire à la veille et au sommeil.*

Cet état diffère du sommeil par la conscience que nous conservons de ce qui nous entoure, et aussi par la persistance de l'action des sens qui, malgré un commencement d'assoupissement, transmettent cependant encore les impressions externes. Nous avons alors des rêves anticipés auxquels nous assistons à demi éveillés. Les hallucinations en général, mais surtout les images fantastiques, se produisent alors avec une extrême facilité. Ou a vu que Burdach et Müller avaient éprouvé ce phénomène qu'on rencontre en effet chez beaucoup de personnes dans l'état le plus normal. J'ai aussi essayé de démontrer dans un autre travail, qu'on l'observait très fréquemment dans la période d'incubation de la folie et dans le cours de cette maladie. C'est dans cet état de demi-sommeil, qu'on peut bien étudier les caractères des hallucinations et se convaincre qu'elles ont pour conditions premières l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination et la suspension des impressions externes. Les images fantastiques se dissipent en effet au moindre effort d'attention, et l'on ne peut continuer à les voir qu'en restant le plus possible spectateur purement passif. Alors aussi la moindre impression externe

fait cesser le phénomène, en éveillant les sens et en rappelant l'attention. C'est ainsi que l'action de la lumière prévient les hallucinations, quand elles sont sur le point de se produire, et qu'elle les suspend quand elles existent. On a vu plus haut l'observation d'une dame qui depuis de longues années ne peut s'endormir sans une lumière, à cause des visions effrayantes qui l'obsèdent aussitôt qu'elle est dans l'obscurité. J'ai moi-même éprouvé souvent le phénomène des images fantastiques, et j'ai pu l'étudier surtout après avoir pris une assez forte dose de hachisch. Les images, plus vives et plus nombreuses que celles que j'avais aperçues dans d'autres occasions, étaient aussi plus persistantes ; elles cédaient moins facilement, et par conséquent je pouvais les observer étant plus éveillé. Trois fois même, effrayé par leur intensité et leur durée, je cherchai un auxiliaire dans l'action de la lumière, qui les faisait immédiatement disparaître. Ainsi, selon le degré d'excitation du cerveau, l'influence de la volonté seule ou de la volonté aidée par les impressions externes, suffit pour faire cesser le phénomène, dont la condition première est l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination, et la suspension des impressions externes.

§ II. — *État de rêve.*

L'inertie du pouvoir personnel est complète dans l'état de rêve. Non seulement nos sens sont fermés, mais nous perdons entièrement la conscience de ce qui nous entoure. Alors aussi les hallucinations se produisent avec une extrême facilité, et l'on sait combien celles de la vue surtout sont fréquentes. C'est à tort qu'on a comparé les hallucinations et les rêves d'une manière générale ; car, s'il existe des rapports incontestables entre ces deux phéno-

mènes, il y a aussi des différences assez grandes, et que j'indiquerai plus tard. Cependant l'expérience de chaque jour prouve que l'état de rêve favorise au plus haut degré la production des hallucinations; or, ce qui caractérise surtout cet état, c'est l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination, et la suspension des impressions externes.

§ III. — *Etat de mélancolie avec stupeur.*

Il est remarquable qu'entre tous les genres de folie, celui qui se rapproche le plus de l'état de rêve par la suspension presque complète de la volonté, par une sorte d'engourdissement des sens et par l'inertie musculaire, est aussi celui qui offre les hallucinations les plus nombreuses. Je crois avoir signalé le premier cette analogie de l'état de rêve et de la mélancolie avec stupeur, et l'extrême fréquence des hallucinations, comme un des caractères de cette maladie. Ici encore nous retrouvons les hallucinations favorisées par l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination, et la suspension au moins partielle de l'action des sens. Les deux observations suivantes, choisies entre plusieurs autres, feront connaître l'état des facultés intellectuelles dans la mélancolie avec stupeur en même temps que les hallucinations, qui en sont un des principaux symptômes. Ces deux observations ont été publiées plus haut dans le mémoire sur la stupidité. Je me bornerai à reproduire ici les détails que les malades ont donnés sur l'état intellectuel dans lequel ils se trouvaient et spécialement sur leurs hallucinations.

Observation Ire. — L'état dans lequel M. B... est resté pendant trois mois ne peut mieux être comparé qu'à un long rêve. Autour de lui, dit-il, tout s'était transformé. Il croyait à une sorte d'anéantissement général. La terre

tremblait et s'entr'ouvrait sous ses pas; il se voyait à chaque instant sur le point d'être englouti dans des abîmes sans fond. Quand il se retenait aux personnes qui étaient près de lui, c'est qu'il voulait les empêcher de tomber dans des précipices qui ressemblaient à des cratères de volcans. M. B... prenait la salle de bains de Charenton pour l'enfer, et les baignoires pour des *barques*. Il croyait que tous ceux qui étaient avec lui se noyaient. Il lui semblait, depuis qu'il avait été saigné, que son sang n'avait pas cessé de couler dans la terre. Le vésicatoire qu'on lui avait mis à la nuque était devenu pour lui la marque des forçats, et il se croyait à jamais déshonoré par ce signe d'infamie. Il ne pouvait s'expliquer ce qu'étaient ces personnes bizarres dont il était entouré; il avait fini par voir en eux des morts ressuscités. Il apercevait son frère au milieu des supplices; il entendait sans cesse les cris de ses parents qu'on égorgeait et qui imploraient son secours; il distinguait surtout la voix de son oncle, son bienfaiteur; chaque cri était pour lui comme un coup de poignard. Des détonations d'armes à feu éclataient de tous côtés; des balles traversaient son corps sans le blesser et allaient tuer d'autres personnes. Dans son esprit tout était chaos, confusion, bouleversement. Il ne distinguait plus les jours et les nuits; les mois lui semblaient des années, etc.; il s'accusait d'ailleurs de tout le mal qui se faisait, et c'est pour cela qu'au début il a tenté plusieurs fois de se tuer. Plus il souffrait, plus il était content, car il regardait ses souffrances comme une juste expiation de ses crimes. Lorsqu'il commençait à aller mieux, une lettre qu'il reçut de son frère lui fit, dit-il, beaucoup de bien en le ramenant à des idées plus justes sur sa position.

Observation II. — La malade, avant sa sortie, m'a donné sur ce qu'elle avait éprouvé les détails suivants:

Au début, elle a eu conscience de l'état dans lequel elle tombait; elle s'est sentie devenir comme imbécile, comme anéantie. Bientôt tout s'est transformé autour d'elle; *ses yeux étaient comme brouillés*, et tout lui apparaissait avec un aspect bizarre. Elle n'a point reconnu sa cousine, qui l'a visitée à Beaujon; elle croyait être dans une maison de prostitution; sa tête était remplie de bruits; elle entendait des voix confuses; elle ne distinguait rien, ou bien c'étaient toujours des injures; elle voyait devant elle ses parents morts; les objets de la salle ne lui apparaissaient pas comme ils sont réellement. Pendant les premiers jours il lui a semblé qu'elle avait sur la poitrine quelqu'un qui l'étouffait; elle avait la bouche mauvaise, trouvait tout amer, et sentait des odeurs fétides; elle craignait que ses boissons ne fussent empoisonnées; elle ne savait ce qu'elle faisait; elle se serait frappée elle-même et aurait frappé les autres sans le vouloir, etc.

Si on compare l'état que je viens de décrire à tous les autres genres de délire, on reconnaîtra que dans aucun d'eux le malade n'est aussi complètement soustrait au monde extérieur. L'activité volontaire est suspendue; l'aliéné n'a aucune influence sur la direction de ses idées; il les subit comme nous les subissons pendant les rêves. Ses sens sont engourdis comme dans un commencement de sommeil. C'est dans ces conditions que mille hallucinations se produisent avec des caractères spéciaux qui ne se retrouvent guère que dans les rêves. Le premier malade avait des hallucinations de trois sens. Dans le second cas, il existait de fausses perceptions de la vue, de l'ouïe, du goût et de l'odorat. Ces symptômes se retrouvent chez presque tous les aliénés atteints de mélancolie avec stupeur, et se présentent ici, comme dans l'état de rêve, accompagnés de l'exercice involontaire des facultés et de la sus-

pension au moins partielle des impressions externes. Ainsi l'étude de l'état intermédiaire à la veille et au sommeil, de l'état de rêve, mais surtout de la mélancolie avec stupeur, confirme au plus haut degré l'opinion émise dans ce travail, quant à l'influence de l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination, et de la suspension des impressions externes sur la production des hallucinations.

90. *L'exercice de l'attention et les impressions externes sont des obstacles à la production des hallucinations, et les suspendent le plus souvent quand elles existent.* Nous venons de voir que l'indépendance de la mémoire et de l'imagination et la suspension des impressions externes favorisent au plus haut degré la production des hallucinations; je vais maintenant essayer de démontrer que l'exercice de l'attention, surtout quand il est entretenu par des impressions externes, est un obstacle à la production des fausses perceptions sensorielles, et qu'il les suspend le plus souvent quand elles existent.

§ I. — *L'exercice actif des facultés est un obstacle à la production des hallucinations.*

Parmi les faits qu'on peut invoquer pour prouver que la tension de l'esprit prévient les hallucinations, je dois rappeler l'observation si remarquable du libraire Nicolaï.

« J'essayai, dit-il, de reproduire à volonté les personnes de ma connaissance par une objectivité intense de leur image; mais, quoique je visse distinctement dans mon esprit deux ou trois d'entre elles, je ne pus réussir à rendre *extérieure* l'image intérieure, quoique auparavant je les eusse vues *involontairement* de cette manière, et que je les aperçusse de nouveau quelque temps après, *lorsque je n'y pensais plus.* »

On a remarqué avec quel soin Nicolaï a étudié ses

propres hallucinations, et avec quelle précision il les a décrites. On doit donc attacher une grande importance à son opinion, sur laquelle il ne saurait y avoir aucun doute. Le savant malade, malgré la facilité avec laquelle il avait alors des visions, a vainement essayé, par une grande tension d'esprit, de reproduire telle ou telle image qu'il avait déjà vue involontairement, et qu'il revoyait de nouveau quelque temps après, lorsqu'il n'y pensait plus. N'est-ce pas le cas de rappeler la comparaison que je faisais entre le mode de production des hallucinations et ce qui se passe souvent quand nous cherchons une expression qui nous fuit? Le plus sûr moyen de la trouver n'est-il pas de n'y plus penser, parce qu'il arrive souvent alors qu'elle se présente spontanément à l'esprit? Il en était de même, comme on voit, pour les fausses perceptions sensorielles de Nicolaï. L'hallucination n'arrive donc que quand on cesse, pour ainsi dire, de la poursuivre et que l'esprit n'est plus tendu.

Cette opinion est surtout démontrée par le mode d'invasion des fausses perceptions sensorielles qui, le plus souvent, apparaissent tout à coup au moment où on vient de cesser quelque occupation active. Il suffit, pour se convaincre qu'il en est ainsi, de parcourir les observations publiées par les auteurs, et de remarquer comment l'hallucination s'est produite au début.

Mathey rapporte qu'un étranger ayant succombé tout à coup dans une voiture publique, le médecin qui fut appelé pour faire un rapport sur la cause de la mort fut frappé de l'expression de la physionomie du cadavre. Ce médecin avait complétement oublié ce fait lorsqu'il lui fut rappelé quelque temps après de la manière suivante :

« *En levant les yeux après un travail assidu de plusieurs jours* sur un sujet médical, il aperçut, dit-il, en face de lui,

l'étranger aussi distinctement qu'il l'avait vu la première fois sur la table du bureau de police, etc. »

Le même auteur a connu une dame, de soixante ans environ, d'une grande susceptibilité nerveuse, et qui était affectée de temps en temps de visions singulières : « *Tout à coup* elle voyait un voleur entrer dans sa chambre, se cacher sous son lit, etc. »

Une servante, dont parle Ferriar, balayait un escalier, lorsqu'en *relevant la tête* elle aperçut des pieds, puis des jambes d'une si forte proportion, que, saisie de frayeur, elle s'enfuit en toute hâte, sans attendre le développement complet de l'apparition, etc.

Le mode d'invasion est encore le même dans l'observation déjà citée de Nicolaï : « Le 24 février 1791, à la suite d'une vive altercation, *j'aperçus tout à coup*, dit-il, à la distance de dix pas, une figure de mort, etc. »

Bien souvent, comme on sait, c'est au moment où les malades viennent de se coucher que les visions apparaissent. Dans tous les cas, on reconnaît que le phénomène se produit spontanément, involontairement, au moment de la détente de l'esprit, lorsque l'attention cesse d'être fixée. On a vu, d'ailleurs, que c'était en vain que Nicolaï essayait de rappeler des hallucinations en concentrant toutes les forces de son esprit sur les images qu'il voulait produire, tandis que ces images se présentaient plus tard d'*elles-mêmes*, lorsqu'il avait cessé d'y penser.

L'exercice de l'attention est donc un obstacle à la production des hallucinations; mais il est plus facile encore de démontrer que ce phénomène est suspendu, le plus souvent, lorsqu'on vient à réveiller l'attention.

§ II. — *On suspend le plus souvent les hallucinations en fixant l'attention des malades.*

J'avais depuis bien longtemps remarqué, sans l'expliquer, la suspension des hallucinations chez des aliénés pendant que je m'entretenais avec eux. Si on approche d'un malade en proie à des hallucinations de l'ouïe et qu'on lui parle de manière à fixer son attention, on peut se convaincre que les prétendus interlocuteurs invisibles se taisent pendant le temps que dure la conversation. L'halluciné vous dira que ses ennemis sont intimidés par votre présence, qu'ils n'osent pas parler; mais qu'ils recommenceront aussitôt que vous serez parti. Peu importe l'explication; mais ce fait n'en est pas moins d'une très grande importance, et mérite d'être étudié avec soin.

On reconnaîtra d'ailleurs bien vite, pour peu qu'on observe un certain nombre d'aliénés, qu'il y a entre eux sous ce rapport d'assez grandes différences selon le degré d'intensité de la maladie. Chez tel halluciné, il faut des impressions très vives et qui se succèdent sans interruption pour tenir quelques instants les hallucinations suspendues. A peine le malade est-il abandonné à lui-même, à peine a-t-on cessé de l'exciter, que le phénomène se reproduit. Chez d'autres, au contraire, la seule arrivée du médecin dans la salle suffit pour produire une assez longue suspension.

On a vu plus haut comment j'ai pu apprécier moi-même l'influence sur les images fantastiques du degré d'excitation cérébrale. Le plus souvent, quand ce phénomène se produisait, j'avais beaucoup de peine à l'observer, le moindre degré d'attention le faisait disparaître. Au contraire, le jour où j'ai expérimenté l'action du hachisch, ma seule volonté ne suffisait plus pour suspendre les fausses perceptions de la vue, et il me fallait allumer une

lumière pour les faire cesser. Il en est ainsi pour les malades, et il convient de tenir compte de ces différents degrés de la maladie pour expliquer des faits qui souvent pourraient, en apparence, paraître contradictoires.

D'ailleurs depuis que j'ai reconnu avec quelle facilité on peut le plus souvent suspendre les hallucinations en fixant l'attention des malades, j'ai trouvé dans les auteurs plusieurs faits qui confirment les résultats de ma propre observation.

Le préfet dont j'ai rapporté l'histoire, d'après Esquirol, cessait d'entendre les voix qui le poursuivaient quand son attention était activement fixée. « Rentré dans son pays, dit Esquirol, M. N... passe l'été de 1812 dans un château; il y reçoit beaucoup de monde. *Si la conversation l'intéresse, il n'entend plus les voix; si elle languit*, il les entend imparfaitement, quitte la société et se met à l'écart pour mieux entendre ce que disent ces perfides *voix*; il devient inquiet et soucieux. »

Un malade, observé par M. Lélut à l'hospice de Bicêtre, cessait d'avoir ses hallucinations quand on le changeait de salle et de voisins; mais cette suspension ne durait guère que quelques jours. L'halluciné, habitué bientôt aux conditions nouvelles dans lesquelles il se trouvait, retombait dans ses fausses perceptions (1).

Ce qui arrive pour les personnes qui parlent seules à voix basse fera bien comprendre ce qui a lieu ici pour les hallucinations. Placez ces personnes au milieu d'impressions qui excitent à un haut degré leur attention, et tant que leur esprit sera fixé, vous ne les verrez pas recommencer cette espèce de monologue dont on s'aperçoit aux mouvements de leurs lèvres. Si, au contraire, vous les abandonnez à elles-mêmes, dans l'isolement, elles retom-

(1) Lélut, *Démon de Socrate*.

bent bientôt dans l'état qu'on avait suspendu en fixant leur attention.

En résumé, on voit : 1° que l'exercice actif des facultés intellectuelles est un obstacle à la production des hallucinations, ce que prouve surtout l'observation du libraire Nicolaï, le mode d'invasion, etc.; 2° qu'on peut, le plus souvent, suspendre les fausses perceptions sensorielles en éveillant l'attention des malades, et en la fixant par des impressions externes plus ou moins vives.

91. *Les causes des hallucinations sont en même temps celles qui produisent l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination et la suspension des impressions externes.*

§ I. — *Il faut distinguer pour les hallucinations deux sortes de causes, les unes directes et les autres indirectes.*

Je n'ai point à étudier ici les causes des hallucinations avec détail; il suffira de rechercher quel est leur mode d'action au point de vue de la physiologie pathologique. Or, il m'a semblé qu'on pouvait, par cette étude, arriver à reconnaître des faits de quelque intérêt. Je vais essayer de démontrer qu'il est nécessaire de distinguer deux sortes de causes pour les hallucinations.

Les unes, comme les passions débilitantes et certains agents spéciaux, les produisent *directement*; les autres, comme les passions excitantes et les excitants généraux, ne les provoquent qu'*indirectement*.

§ II. — *Mode d'action des passions oppressives.*

Parmi les passions débilitantes, il n'en est pas qui produise plus facilement les hallucinations que la frayeur; il n'en est pas non plus dont on puisse mieux étudier le mode d'action.

Sous l'influence croissante de la peur, on est assailli par une foule d'idées relatives aux événements qu'on redoute. On éprouve en même temps des émotions très vives et une grande oppression des forces. On essaye d'abord de chasser ces idées, de les surmonter; mais elles deviennent de plus en plus vives par les émotions mêmes qu'elles provoquent; bientôt elles nous dominent et nous entraînent... C'est alors, comme on le dit communément, qu'on *s'abandonne* à la peur, ce qui, en d'autres termes, signifie qu'on a cessé de réagir, que l'influence volontaire a été subjuguée. Dans cet état d'inertie du pouvoir personnel, les images effrayantes se pressent en foule dans notre esprit, et nous débordent; puis, le trouble augmentant, nous perdons la conscience de ce qui nous entoure, et nous sommes *hors de nous*, etc. Dès ce moment, l'exercice de la mémoire et de l'imagination est devenu tout à fait involontaire, l'action des sens est suspendue, et les hallucinations commencent.

Voilà pourquoi les fantômes apparaissent si souvent aux enfants, aux femmes et aux convalescents, et si rarement aux hommes forts et énergiques, qui, au lieu de se laisser entraîner par les idées qui surgissent dans leur esprit, les refoulent, les maintiennent, et préviennent ainsi la cause première des hallucinations, c'est-à-dire l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination et la suspension des expressions externes.

§ III. — *Mode d'action des passions excitantes.*

Les passions excitantes, celles qui au lieu d'abattre les forces en augmentent l'énergie, ne produisent point les hallucinations d'une manière directe comme la frayeur.

Qu'on suppose un homme exalté par le désir de la ven-

geance ; sa tête est en feu, ses idées surgissent nombreuses, involontaires, comme chez celui que la frayeur domine ; mais là s'arrête l'analogie. Dans le premier cas, les mouvements sont précipités, pleins de force et d'énergie ; les mille projets qui se succèdent dans l'esprit font naître à chaque instant autant d'impulsions qni portent à agir, etc. Chez l'homme effrayé, au contraire, les mouvements sont paralysés, et les idées, qui se présentent en foule, ne font qu'ajouter à cette oppression des forces.

La réaction est donc énergique dans un cas et presque nulle dans l'autre. On comprend donc pourquoi le pouvoir que nous avons de diriger nos facultés nous échappe si facilement sous l'influence de la frayeur, et pourquoi nous le conservons, au contraire, beaucoup plus longtemps quand nous sommes en proie à une passion qui nous excite au lieu de nous abattre.

Ainsi il ne suffit pas de dire, comme on l'a fait, que les passions produisent des hallucinations, et il est nécessaire, comme on voit, d'établir sous ce rapport quelques distinctions.

Néanmoins il est inutile d'ajouter qu'on peut observer parfois des hallucinations succédant à l'ébranlement produit par des passions excitantes. Cet ébranlement provoque l'insomnie, des rêves accompagnés d'hallucinations, et enfin, dans les cas les plus graves, des symptômes de délire dont les fausses perceptions sensorielles peuvent faire partie.

§ IV. — *Mode d'action de certains agents spéciaux.*

On peut faire, quant au mode d'action de certains agents spéciaux, comparés à celui des excitants généraux, la même distinction que pour les passions.

Le datura, l'opium, et surtout le hachisch, produisent des hallucinations avec une extrême facilité ; et si on observe bien l'action de ces substances, on verra qu'elles jettent d'abord le malade dans un état spécial de rêverie, dans lequel les impressions externes cessent d'être perçues, et qui a beaucoup d'analogie avec l'état de rêve. C'est quand le mangeur d'opium ou de hachisch mollement étendu sur son lit de repos, oubliant le monde extérieur, s'abandonnne à cet état de rêverie que les hallucinations surviennent en très grand nombre. C'est alors que mille tableaux délicieux embellissent ses rêves.

Si quelques personnes, après avoir pris du hachisch, doutent encore de son action ; si elles n'ont pas eu d'hallucinations, comme elles s'y attendaient, c'est qu'elles ont, à notre avis, expérimenté dans des conditions peu favorables.

Un dîner plus ou moins excitant, fait avec plusieurs convives, une conversation animée, des rires et de gais propos, tout cela est un obstacle à la production des fausses perceptions sensorielles ; il y a là en effet une source incessante d'impressions externes qui s'opposent à leur production ; puis, quand vient la période d'affaissement, souvent l'action du hachisch a cessé.

Ce n'est point ainsi que j'ai voulu expérimenter sur moi-même l'action de cette substance. J'ai eu soin, après l'avoir prise, d'éloigner, autant que possible, les impressions externes, en m'isolant de tout bruit dans une chambre obscure. J'ai par là évité les causes qui retardent ou diminuent son action, et j'ai provoqué très vite des hallucinations de la vue si vives et si persistantes, que j'étais parfois obligé d'éclairer de nouveau la chambre pour les faire disparaître.

Le hachisch, si j'en jugeais parce que j'ai éprouvé, ne

produirait par lui-même aucune excitation générale. Le premier indice qui m'ait fait reconnaître son action, a été de me surprendre parlant seul intérieurement, dans une sorte de distraction prolongée ; plus tard, il m'est arrivé de parler seul tout haut, sans en avoir conscience, et croyant ne parler que mentalement. J'étais alors évidemment dans un état analogue à l'état de rêve. Plus tard, enfin, j'ai eu des hallucinations de la vue (1).

L'action du datura est la même que celle du hachisch. Il n'excite point, comme le fait le vin, par exemple, mais il jette le malade dans un état spécial de rêvasserie, qui bientôt est accompagnée de fausses perceptions.

Ainsi les agents qui produisent directement les hallucinations excitent en même temps l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination, et suspendent les impressions externes sans augmenter ou même en déprimant l'énergie musculaire.

§ V. — *Mode d'action des excitants généraux.*

Les excitants généraux, et les liquides alcooliques en particulier, ne produisent les hallucinations que d'une manière indirecte. A un certain degré d'ivresse, non seulement l'imagination est exaltée, mais l'énergie musculaire est accrue, il y a un besoin de mouvement et d'action qui se décèle par des gestes nombreux et une excitation générale. Cet état n'est en aucune manière favorable à la pro-

(1) C'est depuis cette expérimentation que mon opinion a été définitivement arrêtée sur l'existence des hallucinations *psycho-sensorielles*. J'ai pu, en effet, me convaincre ce jour-là de la différence *absolue* qui existe entre les idées rappelées par la mémoire et les fausses perceptions des hallucinés. Dans ces dernières en effet il y a *extériorité spontanée* des images, ce qui n'a jamais lieu même quand la mémoire les reproduit avec plus de vivacité.

duction des hallucinations. Il faut arriver à un degré plus avancé de l'ivresse, dans lequel les forces sont déprimées, pour surprendre les monologues qui ont lieu au milieu d'une sorte de rêvasserie. Les impressions externes sont alors suspendues, et on observe quelquefois des hallucinations. Ce phénomène se produit d'ailleurs ici assez difficilement, à cause de la congestion qui accompagne l'ivresse, et qui provoque des symptômes que M. Bayle a comparés avec raison à ceux de la paralysie générale des aliénés, maladie dans laquelle les hallucinations sont assez rares. Le cerveau est, pour ainsi dire, trop lésé matériellement dans l'ivresse, pour que les fausses perceptions sensorielles aient lieu, et c'est en cela aussi que le datura, mais surtout le hachisch, agissent autrement que l'alcool. Le hachisch, en effet, n'amène ni l'embarras de la parole, ni la faiblesse musculaire, ni la pesanteur de tête qu'on observe à la suite d'un excès de vin; il agit plus particulièrement sur l'intelligence, qu'il excite tout en troublant ses fonctions.

Les hallucinations sont fréquentes dans le delirium tremens; mais les conditions sont alors très différentes de celles de l'ivresse. Au lieu de la torpeur intellectuelle et du sommeil pesant et prolongé qu'on observe dans le dernier cas, il y a dans le delirium tremens une excitation cérébrale spéciale et une insomnie opiniâtre,

L'état des malades, pendant la durée de leurs hallucina tions, est alors trop remarquable pour qu'on l'oublie, quand on l'a une fois observé.

Au lieu de l'exaltation que produit un commencement d'ivresse ou de l'espèce de paralysie générale qui en marque le dernier degré, vous observez une sorte de carphologie, d'un caractère particulier. Le malade cherche autour de lui; il fait des paquets, veut ramasser à terre des objets

qu'il croit y voir; en même temps il parle seul, et ne fait aucune attention aux personnes qui l'entourent; vous pouvez d'ailleurs, dans ce cas, comme dans beaucoup d'autres, faire cesser les hallucinations, en fixant l'attention par des impressions externes plus ou moins vives. C'est ce qui explique pourquoi, dans le delirium tremens, les fausses perceptions n'ont souvent lieu que pendant la nuit; l'obscurité, et quelquefois un commencement de somnolence, concourent, en effet, à provoquer cet état. Dans le jour, au contraire, les impressions externes sont un obstacle à sa production.

Les liquides alcooliques ont une action tonique et excitante que n'ont point le datura ni le hachisch; et, tant que dure l'excitation, ils retardent plutôt qu'ils ne favorisent la production des hallucinations; mais ces liquides, pris en trop grande quantité, amènent, au contraire, un état de collapsus accompagné de rêvasseries, pendant lesquelles les fausses perceptions surviennent souvent en très grand nombre. Ainsi les hallucinations qui sont un résultat direct de l'action des passions oppressives et de certains agents spéciaux, ne sont, au contraire, produites qu'indirectement par les passions excitantes et les excitants généraux.

La comparaison de la fréquence de ce phénomène dans les différents genres de folie peut fournir un argument de plus en faveur de ces idées.

La manie est surtout caractérisée par une grande agitation, des impulsions fortes et énergiques que provoque à chaque instant la vue des objets extérieurs; sous ce rapport le maniaque a beaucoup d'analogie avec l'homme en proie à une violente passion : or, la manie est peut-être de tous les genres de folie celui dans lequel les hallucinations sont les plus rares (1). Je donne dans ce moment des soins

(1) Il convient de faire une exception pour la manie suraiguë dans la-

à une femme qui a des alternatives de mélancolie et de manie. Dans le premier cas elle est sans cesse obsédée par de fausses perceptions de l'ouïe qui cessent quand elle devient agitée.

Les hallucinations, comme on l'a vu, sont au contraire très fréquentes dans la mélancolie avec stupeur, qui est surtout caractérisée par la suspension des impressions externes et par l'inertie musculaire.

Il est inutile d'insister davantage sur ces faits, qui me paraissent démontrer :

1° Que les hallucinations ne sont produites directement que par les passions débilitantes et par certains agents spéciaux qui, en même temps qu'ils excitent l'exercice involontaire de la mémoire et l'imagination, suspendent l'action des sens, sans augmenter ou même en diminuant l'énergie musculaire;

2° Que toutes les causes qui excitent en même temps l'imagination, l'action des sens et l'énergie musculaire, loin de favoriser les hallucinations, sont plutôt un obstacle à leur production directe: telles sont les passions excitantes et tous les excitants généraux.

Ainsi l'étude physiologique des causes des hallucinations fournit un argument de plus à l'opinion émise plus haut. Cette étude tend, en effet, à démontrer que l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination, et la suspension plus ou moins complète de l'action des sens, sont les deux conditions qui favorisent au plus haut degré la production des hallucinations.

quelle le malade ne fait aucune attention aux objets qui l'entourent. Le délire, dans ce cas, à part les symptômes extérieurs, se rapproche beaucoup de celui des aliénés stupides. Je ne veux parler ici que des maniaques accessibles aux impressions externes, et qui dans les cours des hospices vous poursuivent de leurs cris et de leurs injures.

En résumé, il me semble ressortir de tout ce qui précède :

1° Que les divers états dans lesquels ces conditions se trouvent réunies offrent en même temps des hallucinations plus ou moins nombreuses;

2° Que l'exercice actif des facultés est un obstacle à la production des fausses perceptions sensorielles, et qu'il les suspend quand elles existent;

3° Que les causes des hallucinations sont en même temps celles qui provoquent l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination et la suspension des impressions externes.

Il reste à invoquer une dernière preuve tirée de l'état intellectuel des hallucinés pendant la durée de leurs fausses perceptions, en montrant que ce phénomène se produit dans un état spécial analogue, tantôt à l'état de rêve et tantôt à l'état intermédiaire à la veille et au sommeil, et par conséquent caractérisé, outre les fausses perceptions, par la cessation au moins partielle de l'influence volontaire et la suspension plus ou moins complète des impressions externes.

92. *État d'hallucination. Les hallucinés pendant la durée de leurs fausses perceptions, sont souvent dans un état spécial caractérisé, outre les hallucinations, par l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination, la suspension des impressions externes et l'inertie plus ou moins complète de la volonté.* L'observation suivante fera bien comprendre ce que j'appelle état d'hallucination, et quels sont les caractères de cet état.

Mme G..., âgée de quarante ans, est depuis longtemps sujette à de fortes migraines. Forcée, depuis plusieurs années, de rester presque toute la journée au milieu du bruit que font un grand nombre d'enfants réunis dans une

salle, elle a vu ses migraines devenir plus fréquentes. En juin 1832, ses souffrances augmentèrent encore sous l'influence de la chaleur; elle éprouva souvent des étourdissements et de la pesanteur de tête.

C'est dans ces circonstances qu'elle eut avec trois personnes une conversation qui produisit sur elle une impression très vive.

Il s'agissait pour Mme G... d'intérêts graves ; elle eut à lutter activement pour se défendre, et resta très émue et très préoccupée.

Depuis lors, cette conversation est sans cesse présente à son esprit : elle se la rappelle dans ses moindres détails et ne peut s'en distraire. Quelques jours après, elle éprouve tout à coup les symptômes suivants :

Quand elle est seule dans sa chambre, et qu'elle *se laisse aller à ses idées*, elle sent, dit-elle, subitement dans sa tête comme un ressort de montre qui se déroule et que rien ne peut arrêter. Alors une foule de choses lui passent dans l'esprit; elle a comme un *débordement* de pensées qui se succèdent rapidement et malgré elle. A peine cela a-t-il duré quelques instants que Mme G... perd en quelque sorte la conscience de tout ce qui l'entoure; elle n'entend plus le bruit qu'on fait continuellement sous ses fenêtres; si elle travaille, son ouvrage lui tombe des mains... Alors apparaissent les trois personnes avec lesquelles elle a eu la conversation dont j'ai parlé plus haut; elles occupent les mêmes places, la malade entend leurs voix, et répond alternativement à chacun de ses interlocuteurs.

Combien cela dure-t-il? Mme G... l'ignore. Elle sort de cet état quand on entre chez elle, quand on l'appelle; alors elle éprouve une sensation particulière comme si elle se réveillait; elle cherche l'ouvrage qu'elle avait à la main, et le retrouve à terre. Souvent, en revenant à elle, elle

entend les derniers mots qu'elle a prononcés dans cette espèce de rêve.

Quelquefois elle a pu s'assurer qu'elle avait passé une demi-heure, une heure même, entièrement livrée aux hallucinations qui se renouvelaient chaque jour plusieurs fois et presque constamment, quand elle était seule, qu'elle *cessait de s'occuper et se laissait aller à ses idées.*

Les hallucinations surviennent aussi pendant que Mme G... se promène au dehors. Alors elle n'a plus conscience des lieux qu'elle parcourt, des personnes qu'elle rencontre, etc.

Un point digne d'être remarqué, c'est que l'invasion des hallucinations suspendait immédiatement la migraine, quelque forte qu'elle fût; mais elle avait à peine cessé que la douleur se faisait de nouveau sentir.

Les hallucinations de Mme G... ont duré pendant deux mois et ont disparu tout à coup à l'époque menstruelle; il n'y a d'ailleurs eu aucune trace de délire, et la malade a toujours apprécié très nettement le phénomène qu'elle éprouvait.

Cette observation peut bien faire comprendre ce que j'ai proposé d'appeler état d'hallucination. Il y a, en effet, ici plus que des fausses perceptions sensorielles; il y a un état spécial caractérisé, outre les hallucinations :

1° Par la perte de conscience du temps, des lieux et des objets environnants;

2° Par l'exercice tout à fait involontaire de la mémoire et de l'imagination.

Ce sont aussi les caractères communs à l'état de rêve, de rêverie, de délire léger, dont l'état d'hallucination ne diffère en réalité que par les fausses perceptions ellesmêmes, qui n'existent pas ou n'existent qu'accidentellement dans les autres.

93. *L'exercice involontaire des facultés n'accompagne pas seulement les hallucinations, mais souvent il les précède et en forme comme le prodrome.* Il y a dans le fait qui vient d'être rapporté une particularité qui mérite d'être signalée. Non seulement l'exercice des facultés intellectuelles est tout à fait involontaire pendant la durée des hallucinations, mais l'inertie du pouvoir personnel, l'indépendance de l'imagination et de la mémoire précèdent l'invasion des fausses perceptions sensorielles, et en forment pour ainsi dire le prodrome. La malade, en effet, sent tout à coup comme un ressort qui se brise dans sa tête; elle a immédiatement comme un débordement d'idées qu'elle n'est pas maîtresse d'arrêter; puis, après quelques instants, les hallucinations elles-mêmes commencent. Sous ce rapport, cette observation confirme d'autres faits dans lesquels les choses se passent de la même manière. J'ai vu récemment, avec M. le docteur Josat, une jeune dame qui, sous l'influence d'une émotion vive à l'époque menstruelle, avait été atteinte d'hallucinations de la vue et d'idées de suicide. Après quelques jours de traitement, le délire avait cessé, mais les hallucinations persistaient encore, quoique moins fréquentes.

La malade était alors en état de bien apprécier ce qu'elle éprouvait, et nous disait comment elle était avertie quelques instants à l'avance de l'invasion de ses visions. Tout à coup une foule d'idées traversaient son esprit; elles étaient si nombreuses, se succédaient si rapidement, qu'il lui faudrait, ajoutait-elle, *plusieurs heures pour raconter ce qu'elle pensait en quelques minutes.*

On a vu d'ailleurs que les hallucinations produites par la frayeur sont précédées par un état analogue. Ainsi, non seulement l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination accompagne les fausses perceptions, mais

souvent il les précède, et en est, en quelque sorte, l'avant-coureur.

94. *Esquirol avait remarqué chez les hallucinés quelque chose d'analogue à l'état d'hallucination, mais il semble avoir eu sur ce point des idées différentes de celles que nous venons d'émettre.* Dans l'observation de Mme G..., l'état d'hallucination existait au plus haut degré en ce sens que la malade avait entièrement perdu la conscience de ce qui l'entourait, et que la suspension des impressions externes était complète. Les faits assurément ne sont pas tous aussi tranchés. Cependant il n'est point de médecin parmi ceux qui ont vécu au milieu des aliénés qui n'ait remarqué combien les hallucinés, pendant la durée de leurs fausses perceptions, sont souvent étrangers à tout ce qui les entoure. « On observe chez ces malades, dit Esquirol, une sorte d'aparté comme chez les hommes les plus raisonnables qui sont absorbés par quelque profonde méditation (1) »

Ainsi cette remarque n'avait point échappé à Esquirol; mais c'est à tort, à notre avis, qu'il compare les hallucinés aux hommes absorbés par une profonde méditation.

Si les idées qui viennent d'être émises sont justes, rien ne diffère plus, en effet, de la méditation que l'état d'hallucination.

Il y a, il est vrai, dans les deux cas isolement du monde extérieur, et suspension plus ou moins complète des impressions externes; mais là s'arrête l'analogie : l'attention de l'homme qui médite est concentrée sur un point, et la méditation est le plus haut degré de l'activité intellectuelle.

Chez l'halluciné, au contraire, l'attention est nulle, et l'exercice des facultés est devenu tout à fait involontaire.

(1) *Des maladies mentales*. Paris, 1838.

Dans un cas, la tension du ressort est extrême; dans l'autre, ce ressort est tout à fait relâché.

Qu'on ne croie donc pas, quand un halluciné a cessé de voir et d'entendre ce qui se fait ou se dit autour de lui, que son attention est concentrée sur un objet; car rien n'est moins exact.

Cet halluciné rêve comme l'homme qui semble être à la conversation, et qui ne vous entend plus, entraîné qu'il est à suivre *passivement* quelque fantaisie de son imagination, jusqu'à ce que vous *le rappeliez à lui-même par une impression externe plus vive.*

95. *C'est à tort qu'on a comparé tous les hallucinés à des gens qui rêvent tout éveillés.* L'opinion que je combats ici a conduit à généraliser une comparaison qui n'est exacte que dans certains cas.

On a dit que les hallucinés étaient des rêveurs tout éveillés. Or, il n'en est pas ainsi pour ceux dont je viens de parler, et en particulier pour la dame dont j'ai rapporté l'observation.

Cette dame pendant la durée de ses fausses perceptions ne dormait assurément pas; mais elle était aussi très loin d'être complètement éveillée, car elle n'avait plus conscience du lieu où elle était et de tout ce qui se passait autour d'elle.

Il y a d'ailleurs, comme nous le verrons bientôt, des hallucinés qui rêvent, pour ainsi dire, éveillés; mais cela n'est pas vrai pour tous les malades.

On conçoit que l'état d'hallucination, tel qu'il vient d'être décrit, doit présenter des différences qu'il est à peine nécessaire d'indiquer.

S'il existe à un très haut degré, il se rapprochera de l'extase; quelquefois, au contraire, il sera si léger que la moindre impression externe rappellera l'halluciné à lui-même.

96. *Durée de l'état d'hallucination. Manière dont il cesse et se reproduit.* Un des symptômes les plus fréquents de la période d'incubation de la folie, c'est une tendance à des rêveries continuelles dans lesquelles le malade retombe dès qu'il est abandonné à lui-même. Cent fois par jour des impressions externes suspendent cet état qui se reproduit immédiatement. Il y a ainsi des alternatives continuelles d'activité et de passivité.

Le malade est alors comparable à un homme qu'on réveillerait à chaque instant d'un sommeil dans lequel il retomberait aussitôt que son attention cesserait d'être fixée.

On peut encore se faire une idée très juste de ces alternatives en observant les vieillards atteints de démence sénile, et qui, sans en avoir conscience, murmurent des mots aussitôt qu'on ne leur adresse plus la parole. Il semble, à vrai dire, qu'il y ait là comme un rouage tout mécanique dont les impressions externes arrêtent pour un instant le mouvement, mais dont l'action recommence aussitôt que ces impressions ont cessé. Ce temps d'arrêt que produit une force étrangère ne dure parfois que quelques secondes, mais il peut se prolonger plusieurs heures. Il en est ainsi de l'état d'hallucination.

L'halluciné vit en quelque sorte dans des alternatives de veille et de sommeil. Rappelé souvent à lui-même par des impressions externes ou internes, il retombe dans ses fausses perceptions aussitôt que l'excitant qui les avait momentanément suspendues n'est plus assez actif.

Plus l'excitation cérébrale interne est vive, plus les suspensions sont courtes. Il y a dans ce cas une force incessante qui tend à enlever au malade la direction de ses facultés.

Il n'est d'ailleurs personne qui n'ait éprouvé combien il

est difficile, dans certaines dispositions d'esprit, de fixer son attention. Des idées étrangères surgissent, en effet, à chaque instant et nous entraînent. Il s'établit alors en nous une sorte de lutte entre la volonté et l'imagination.

C'est quelque chose d'analogue qu'éprouvent les hallucinés, mais à un bien plus haut degré. Il y a d'ailleurs des malades qui, comme il sera dit plus loin, luttent aussi contre leurs hallucinations, qu'ils parviennent dans quelques cas à suspendre par la seule force de leur volonté.

97. *Hallucinations dont le malade a conscience et pendant lesquelles les impressions externes ne sont pas complètement suspendues.* On vient de voir des hallucinés qui, pendant la durée de leurs fausses perceptions, sont complètement étrangers au monde extérieur, et perdent, comme dans le sommeil, la conscience de ce qui les entoure. Or, s'il en est presque toujours ainsi quand la maladie est très aiguë et très intense, le contraire a souvent lieu dans les hallucinations isolées et devenues chroniques. Il y a, en effet, des hallucinés qui assistent plus ou moins éveillés à leurs fausses perceptions.

Tous ceux qui ont éprouvé le phénomène des images fantastiques au moment du sommeil peuvent très bien comprendre ce qui se passe alors. L'exercice de la mémoire est devenu involontaire, des images flottent devant les yeux ; mais en même temps on a conscience du temps et des lieux, et les impressions externes ne sont qu'incomplètement suspendues. On assiste ainsi à peine éveillé à un rêve anticipé ; on est spectateur passif des tableaux que crée l'imagination, et on ne saurait fixer activement son attention sans voir le phénomène disparaître. Il y a, en effet, une sorte d'antagonisme entre les facultés actives et passives ; et, dans ce cas, le moindre effort suffit pour

nous faire ressaisir la direction des facultés qui commençait à nous échapper.

Sous l'influence d'une maladie plus ou moins grave, les choses vont souvent bien plus loin, et les hallucinations persistent malgré un état complet de veille. Je ne puis mieux faire pour le prouver que de rappeler l'observation d'un physiologiste atteint d'hallucinations de la vue et dont j'ai parlé plus haut.

« Complétement éveillé, dit-il, fort calme, ayant toute ma mémoire et ma raison, conversant avec les assistants, distinguant parfaitement les objets extérieurs, je fus charmé par une succession de figures que ma *volonté* n'avait pas le pouvoir d'empêcher de paraître, *de rester* ou de s'en aller. »

Ici non seulement le malade était complètement éveillé, mais il déclare que sa volonté était impuissante pour chasser les images.

On peut s'assurer que, dans certains cas, le même fait se produit chez les aliénés, avec cette différence qu'ils méconnaissent la nature de leurs fausses perceptions.

Quelquefois les malades luttent contre leurs hallucinations, et appellent pour ainsi dire à leur aide les impressions externes. J'ai vu un fébricitant qui demandait qu'on ne cessât pas de lui parler, parce qu'il était assailli par des visions très fatigantes dès qu'on l'abandonnait à lui-même.

Müller, pour suspendre les hallucinations de la vue qu'il éprouvait au moment du sommeil, avait contracté l'habitude d'ouvrir les yeux et de regarder la muraille; les images persistaient encore quelque temps et ne tardaient pas à pâlir (1).

(1) Muller, *Manuel de physiologie*, trad. par Jourdan. Paris, 1845. t. II, p. 586.

Souvent on parvient à faire cesser ce phénomène des images fantastiques, en éclairant la chambre dans laquelle on se trouve.

Dans certains cas cependant, la volonté, aidée des impressions externes, est impuissante pour suspendre les hallucinations ; les malades continuent à entendre des voix pendant qu'ils vous parlent, et au milieu des efforts qu'ils font pour se livrer au travail intellectuel. Il s'établit alors une sorte de lutte entre la volonté, qui tend à reprendre la direction des idées, et la mémoire et l'imagination qui continuent à agir d'une manière automatique. C'est ce qui a lieu chez un littérateur distingué dont j'ai déjà eu occasion de parler, et qui, depuis dix ans, n'a pas cessé d'être poursuivi par des *voix*. Un jour, que je lui faisais compliment de son dernier ouvrage : « Vous avez dû cependant, me dit-il, y trouver bien des négligences, car *les misérables* ne me laissaient pas même corriger mes épreuves. Ils s'appliquaient à me distraire par leurs injures et par leurs fausses promesses. J'ai peine à comprendre comment j'ai pu terminer mon travail au milieu de cette persécution sans relâche. Dans ce moment même, ajoutait-il, pendant que je vous parle, je les entends qui se jettent à travers la conversation, et j'ai beaucoup de peine à suivre ce que vous me dites. »

L'état de lutte entre la volonté et l'automatisme de la mémoire et de l'imagination est ici bien évident ; pour peu qu'on vive au milieu des hallucinés, on pourra se convaincre que ces faits ne sont pas très rares. Pendant qu'on cause avec ces malades, on les voit quelquefois retourner tout à coup la tête, comme si quelqu'un les eût appelés. Parfois aussi ils s'interrompent pour répondre à la *voix* qu'ils viennent d'entendre.

M. Lélut a rapporté l'histoire d'un aliéné qui entendait

continuellement des *voix*, même pendant qu'on lui parlait. « Tenez, disait-il au médecin, dans ce moment même j'entends telle chose; la personne qui me parle peut être à telle distance, là-bas, sous les combles. » Le même halluciné, pendant qu'il jouait aux cartes, entendait une *voix* qui lui parlait de son jeu.

C'est ainsi que, dans ce degré extrême de la maladie, on constate l'exercice simultané de l'intelligence dirigée par la volonté, et de cette même intelligence produisant des associations d'idées par suite de la seule excitation du cerveau.

En résumé, on voit :

1° Que certains hallucinés, pendant la durée de leurs fausses perceptions, perdent la conscience du temps, des lieux, et cessent de percevoir les impressions externes. L'inertie du pouvoir personnel est alors aussi complète que possible, et ces malades sont momentanément dans un état spécial, qui a beaucoup d'analogie avec l'état de rêve, et qu'on peut appeler *état d'hallucination*.

2° Dans d'autres cas, les fausses perceptions sensorielles ont lieu sans que les impressions externes soient complètement suspendues, et l'halluciné assiste plus ou moins éveillé, et avec conscience, aux scènes que crée son imagination. Quelquefois même il s'établit une sorte de lutte, et le malade, malgré ses efforts, est forcé de subir ses fausses perceptions sensorielles.

Dans les deux cas, nous retrouvons toujours l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination, et la suspension plus ou moins complète des impressions externes, comme les conditions principales qui favorisent la production du phénomène.

98. *L'excitation interne des appareils sensoriels est nécessaire à la production des hallucinations*. J'ai essayé de

démontrer que l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination et la suspension des impressions externes sont les conditions premières de la production des hallucinations psycho-sensorielles. Cependant ces deux conditions ne suffisent pas pour provoquer le phénomène ; la preuve, c'est qu'elles se trouvent réunies dans les rêves, et que les rêves ne sont pas toujours accompagnés d'hallncinations. Il y a donc d'autres causes qu'il faut, à notre avis, chercher dans l'excitation interne des appareils sensoriels.

99. *L'élément psychique et l'élément sensoriel de l'hallucination sont produits par des causes distinctes.* L'hallucination est un phénomène complexe et composé de deux éléments : l'un psychique et l'autre sensoriel. Or, la production du premier de ces deux éléments paraît beaucoup plus facile que celle du second. Ainsi, par exemple, il arrive très souvent que nous avons en rêve des conversations sans rien éprouver qui ressemble à une sensation auditive. L'élément psychique de l'hallucination existe alors sans l'élément sensoriel. Quelquefois même il semble que l'imagination ait besoin de ce phénomène sensoriel sans pouvoir le produire, et qu'elle soit obligée de créer des explications pour rendre compte de son absence. Une dame rêve que sa fille est au piano; elle la voit qui frappe les touches de l'instrument, et cependant ces touches ne rendent aucun son; elle suppose alors qu'une pièce importante du piano a été enlevée.

Il faut donc admettre que la production de l'élément sensoriel dans les hallucinations tient à des causes distinctes de celles qui provoquent l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination. Ces causes semblent agir sur une autre portion de l'encéphale, sur celle plus spécialement affectée aux sensations.

100. *Prédisposition aux hallucinations de tel ou tel sens*

Il y a des personnes qui ont eu très souvent des hallucinations de la vue, et n'ont cependant jamais éprouvé de fausses perceptions de l'ouïe; dans d'autres cas, c'est l'inverse; les hallucinations de l'ouïe sont très fréquentes, et celles de la vue manquent complètement. Ces prédispositions singulières prouvent non seulement qu'il y a des causes distinctes de celles qui agissent sur l'intelligence, mais que ces causes peuvent limiter leur action à tel appareil sensoriel plutôt qu'à tel autre.

Il faut donc, pour que les hallucinations se produisent, non seulement que l'imagination soit excitée, mais que cette excitation s'étende à un ou à plusieurs des appareils sensoriels, au moins dans leur partie intra-cérébrale.

Cette excitation interne des appareils sensoriels dans les hallucinations peut d'ailleurs, jusqu'à un certain point, être directement prouvée par les faits suivants :

101. *L'excitation longtemps prolongée d'un sens dispose aux hallucinations de ce sens.* On sait que les personnes qui se servent habituellement du microscope voient quelquefois reparaître spontanément, plusieurs heures après avoir cessé leur travail, un objet qu'elles ont examiné très longtemps; il en est de même quelquefois quand on s'est appliqué à une longue préparation d'anatomie. J'ai moi-même éprouvé une hallucination très remarquable de ce genre, et qui s'est reproduite pendant plusieurs jours. Avant de trouver pour mesurer les surfaces cérébrales un procédé qui me permît de déplisser le cerveau sans tiraillement et de le mouler, j'avais essayé d'obtenir cette mesure en appliquant une gaze très fine sur les circonvolutions : je faisais pénétrer cette gaze dans toutes les anfractuosités, et je la maintenais de distance en distance avec des épingles doubles. Ce procédé, outre qu'il était moins exact que le moulage, exigeait une extrême patience : il ne fallait pas moins de

quatre ou cinq heures pour couvrir un seul hémisphère. Le second jour de ce travail, je vis tout à coup une gaze couvrir à chaque instant les objets qui étaient devant moi ; c'est surtout dans une demi-obscurité et quand je cessais d'appliquer mon esprit, que ce phénomène se produisait (1). Ces faits sont bien connus, mais ils prouvent évidemment que l'excitation des appareils sensoriels dispose aux hallucinations ; ils aident à faire comprendre jusqu'à un certain point ce que j'ai dit plus haut des prédispositions de certaines personnes aux hallucinations de tel ou tel sens (2).

102. *Les causes qui provoquent les hallucinations troublent en même temps les fonctions des organes sensoriels.* Les causes qui produisent les hallucinations n'excitent pas seulement le cerveau, mais aussi les appareils sensoriels ; ainsi, sous l'influence de la frayeur, non seulement des idées nombreuses surgissent involontairement et nous entraînent, mais les yeux se troublent, les oreilles tintent, et c'est au milieu de ce désordre général de l'intelligence et des organes des sens que les hallucinations se produisent. Il en est de même pour les agents toxiques : le hachisch, par exemple, qui provoque si facilement des hallucinations, excite à un très haut degré les appareils sensoriels.

« La sensibilité générale, les sens de la vue, de l'ouïe, du toucher, acquièrent, dit M. Moreau, une énergie inaccoutumée (3). »

(1) Tout récemment étant passé dans un cabinet demi-obscur, après avoir corrigé assez longtemps des épreuves, j'ai revu tout à coup une page entière et lu très distinctement les deux mots suivants : *Démence*, *Régis*.

(2) L'aïeul de Charles Bonnet, qui éprouvait des visions si singulières, avait été opéré deux fois de la cataracte. Chez M. Lelorgne de Savigny, les hallucinations ont été précédées et accompagnées d'une névrose de la vue. Ces faits prouvent encore que si l'excitction mécanique des sens est incapable de produire seule les hallucinations, elle peut du moins les favoriser et concourir à leur production.

(3) Moreau, *Mémoire sur le traitement des hallucinations par le datura*. — *Gazette médicale*, 1841.

Les moindres bruits retentissent alors avec une force extraordinaire; il semble quelquefois qu'on aperçoive des charbons ardents, ou que des étincelles passent devant les yeux; la diplopie n'est pas non plus dans ce cas un phénomène rare. Le développement de la sensibilité tactile surtout est extrême, et il en résulte souvent les illusions les plus singulières. Les mêmes effets sont encore produits par l'opium, le datura, et tous les agents qui provoquent des hallucinations. Ces faits d'ailleurs n'ont rien que de très simple, et on comprendrait difficilement qu'ils n'eussent pas lieu. Les agents toxiques agissent sur tout l'encéphale, et les appareils des sens intra-cérébraux ne sauraient échapper à l'excitation générale de l'organe.

103. *Des phénomènes sensoriels précèdent ou accompagnent quelquefois des hallucinations.* L'étude des images fantastiques peut surtout fournir sous ce rapport des faits importants. Ces images, suivant Purkinje, sont précédées « de nébulosités vagues, au milieu desquelles se trouvent souvent des points brillants ou obscurs qui deviennent au bout de quelques minutes des stries nuageuses errantes, puis toute sorte de filaments clairs, droits, courbes. Müller les dépeint aussi comme étant d'abord des masses isolées, claires ou colorées (1).

Ces nébulosités vagues, ces points brillants ou obscurs, ces stries nuageuses qui précèdent les fausses perceptions d'une nature plus compliquée, démontrent l'excitation de l'appareil sensoriel. Cette excitation sert donc ici en quelque sorte de prodrome aux hallucinations, et il serait dès lors difficile de nier son influence sur la production de ce phénomène.

Il n'est pas rare que les hallucinations de l'ouïe soient

1 Burdach, *Traité de physiologie*, traduction de Jourdan. Paris, 1839, t. V, p. 206. — Voyez aussi l'observation de M. Lélut citée plus haut.

accompagnées de bourdonnements d'oreilles, de sonneries dans la tête; quelquefois les malades se plaignent comme d'un souffle qui entre dans leurs oreilles, ou qui, au contraire, paraît en sortir. J'ai cité l'observation d'un halluciné qui, chaque matin, éprouvait un bourdonnement d'oreilles pendant une demi-heure environ, et dont les hallucinations devenaient alors plus fortes. Chez une femme, le bourdonnement d'oreilles n'existait que d'un côté, et c'était précisément de ce côté que les voix se faisaient surtout entendre, etc. On voit donc que des phénomènes purement sensoriels accompagnent assez souvent les hallucinations, et démontrent l'excitation des appareils des sens.

104. *Changements qui surviennent dans la nature des hallucinations.* Une dernière preuve de l'excitation des appareils sensoriels chez les hallucinés résulte des changements qui surviennent quelquefois dans les fausses perceptions de ces malades. J'ai cité des cas dans lesquels des aliénés qui, au commencement de leur maladie, entendaient des *voix* extérieures, des *voix* avec bruit, n'avaient plus dans une période avancée que des *voix* secrètes, intérieures, qui parlaient sans bruit; quelquefois même ces aliénés disaient alors qu'ils n'entendaient plus que la pensée. Or, ce changement survenu dans les fausses perceptions ne peut s'expliquer que par la cessation de l'excitation sensorielle, alors que celle de l'intelligence persistait.

En résumé, les faits qui peuvent aider à démontrer qu'il y a chez les hallucinés une excitation spéciale des appareils sensoriels sont les suivants :

1° Les phénomènes intellectuels se produisent souvent sans être accompagnés des phénomènes sensoriels, d'où il résulte que ces derniers dépendent d'une cause distincte.

2° Les prédispositions aux hallucinations de tel ou tel

sens démontrent que cette cause peut agir isolément sur un ou plusieurs sens.

3° Des faits prouvent directement que l'excitation des appareils sensoriels concourt à la production des hallucinations.

4° Les causes qui provoquent les hallucinations donnent naissance en même temps à des phénomènes purement sensoriels.

5° Ces phénomènes purement sensoriels précèdent ou accompagnent souvent les hallucinations.

6° Chez quelques malades qui ont des hallucinations psycho-sensorielles, l'élément sensoriel peut cesser, tandis que l'élément psychique persiste, d'où l'on peut conclure que l'existence de l'un et de l'autre est liée à des conditions différentes.

II. Du mode de production des hallucinations. — Hallucinations psycho-sensorielles.

Nous avons essayé de démontrer qu'il y a dans les hallucinations psycho-sensorielles des phénomènes intellectuels et des phénomènes sensoriels, et que ces hallucinations sont le resultat de la double action de l'imagination et des organes des sens. Il nous reste maintenant à rechercher comment se fait l'association des deux éléments dont la réunion donne lieu aux fausses perceptions sensorielles des hallucinés.

105. *L'hallucination se produit-elle de dehors en dedans ou de dedans en dehors, et le point de départ de ce phénomène est-il dans les appareils des sens ou dans l'intelligence?* On a supposé que des impressions pouvaient naître dans les organes des sens par suite d'une excitation interne, et que ces impressions transmises au cerveau devenaient le point de départ des hallucinations. « Par des causes qui restent impalpables, dit M. Calmeil, sous l'influence du

calorique, de l'électricité, d'un fluide animal, ne peut-il pas s'effectuer dans les organes des sens, et alors que les agents placés au dehors n'y sollicitent plus aucun ébranlement, des modifications intestines analogues à celles qui y ont pris naissance, lorsqu'en réalité ces excitants matériels agissaient sur eux par leur nature et par leur contact? Les sens ainsi mis en action ne peuvent-ils pas de nouveau réagir sur l'encéphale, y réveiller des sensations qui n'y seraient pas nées spontanément? Plusieurs personnes ne voient à cela nulle impossibilité, et prètent même à cette hypothèse les caractères de la réalité (1). »

Ainsi le point de départ des hallucinations serait dans les organes des sens, et le mode de production de ce phénomène ne différerait que très peu de celui des sensations normales.

Dans l'état normal, en effet, sous l'influence d'une excitation externe, une impression est reçue par l'organe sensoriel; cette impression est transmise, puis elle est perçue dans le cerveau. Dans l'hallucination, les choses se passeraient tout à fait de la même manière, avec cette seule différence, que la cause de l'impression serait interne; il y aurait alors aussi impression, transmission par le nerf conducteur, puis perception dans le cerveau.

On peut supposer d'ailleurs que l'excitation de l'appareil sensoriel aura lieu, soit dans l'organe extérieur, soit dans le nerf, soit même dans la partie intra-cérébrale de l'appareil sensoriel. Dans tous les cas, le mode de production sera le même; seulement l'impression aura plus ou moins de distance à parcourir pour arriver au point où elle doit être perçue.

Voilà une première hypothèse, mais il en est une autre toute différente.

(1) M. Calmeil, article Hallucination du *Dictionnaire de médecine*.

Cette seconde hypothèse consiste à admettre que le point de départ des hallucinations est toujours dans l'intelligence.

On peut opposer à la première de ces deux opinions les objections suivantes :

1° Dans beaucoup de cas les organes des sens sont excités par des inflammations, par des causes mécaniques, comme des coups, des pressions, l'action du galvanisme, etc. — Or, ces excitations provoquent pour l'œil des bluettes lumineuses, des taches, des anneaux colorés, et pour l'oreille des bourdonnements, des sifflements; mais elles n'amènent point la reproduction de formes vivantes, ni de discours suivis; et par conséquent, pas de véritables hallucinations. Burdach a déjà insisté sur ces faits : « Qu'on regarde fixement un objet, dit-il, qu'on passe rapidement de la lumière à l'obscurité, qu'on comprime l'œil ou qu'on le galvanise, il apparaîtra des taches, des anneaux, des bandes, des lignes parallèles ou croisées, mais jamais des images de la vie réelle, à moins que l'imagination ne soit en même temps bouleversée. »

Nous pouvons, d'après les effets sur l'encéphale de ces excitations mécaniques des organes des sens, juger de ceux que doivent produire les modifications intestines, les ébranlements de cause interne, auxquels on attribue les hallucinations. Nous pensons donc que les excitations internes des appareils sensoriels ne sont pas le point de départ des fausses perceptions des hallucinés.

2° Dans l'opinion que j'examine ici, les rapports des hallucinations de plusieurs sens sont impossibles à expliquer. Un aliéné voit le diable, et, en même temps, il entend sa voix et sent une odeur de soufre. Or, comment concevoir que nerfs optiques, acoustiques et olfactifs

excités isolément, aient réveillé dans l'encéphale des sensations qui ont entre elles des rapports si étroits? Ce accord, résultat du hasard, serait impossible à comprendre. Pourquoi, en effet, ces nerfs, excités séparément, ne réveilleraient-ils pas les sensations les plus discordantes?

Ainsi, au lieu de ces rapports, de cette suite qu'on retrouve à chaque instant dans les hallucinations de plusieurs sens, on devrait, au contraire, observer une complète incohérence.

3° On sait que les hallucinations reflètent pour ainsi dire les idées dominantes, qu'elles annoncent des malheurs au mélancolique, et promettent la fortune et les honneurs au monomane ambitieux, etc. Or, ces rapports des fausses perceptions sensorielles et des préoccupations des malades sont encore impossibles à expliquer dans l'hypothèse que nous examinons. Il n'y a pas de raison, pour que, dans la monomanie religieuse ce soient plutôt des personnages religieux que des arbres et des maisons qui apparaissent à l'halluciné. Pourquoi, en effet, les ébranlements spontanés des nerfs optiques réveilleraient-ils plutôt l'image d'un ange que celle d'une plante par exemple?

Dès qu'on livre la production des hallucinations au hasard des modifications intestines des appareils des sens, il est impossible de comprendre les rapports de l'hallucination et des idées dominantes des malades.

Le point de départ des fausses perceptions sensorielles n'est donc pas dans les organes des sens.

Cela ne veut pas dire que les impressions sensorielles internes, comme nous avons essayé de l'établir plus haut, ne jouent pas un rôle important dans la production du phénomène, mais simplement que ces impressions ne vont pas directement éveiller telle ou telle image.

Pour essayer de comprendre la part qu'il convient de leur attribuer, il faut se reporter à la production de certaines illusions des sens.

Sous l'influence de quelques agents toxiques, il se produit souvent des illusions dans lesquelles la transformation des objets est si complète que l'impression sensorielle venue du dehors n'est pour ainsi dire que l'occasion de la projection en dehors d'une image interne. Le même fait a lieu sous l'influence des passions. Un enfant en proie à une vive frayeur voit la nuit une bête hideuse à la place d'un tronc d'arbre ou d'un tas de pierres; il distingue les yeux brillants de l'animal, sa gueule béante, etc. Cette image a été évoquée par la peur, mais elle ne s'est extériorisée qu'à la condition d'une impression sensorielle externe. Qu'on substitue à ces impressions sensorielles externes l'excitation interne des organes des sens, produisant le trouble de la vue, les tintements d'oreilles, ou même des impressions internes non perçues et on aura les hallucinations. Leur point de départ, leur condition principale est dans l'exercice intellectuel; mais l'extériorité des images ne peut avoir lieu sans la participation des appareils sensoriels.

Dans cette hypothèse, les rapports des hallucinations de plusieurs sens sont moins difficiles à comprendre. On s'explique très bien, en outre, comment les hallucinations reflètent souvent les idées dominantes des malades.

Le point de départ des hallucinations est donc dans l'intelligence et on ne comprendrait pas qu'il fût ailleurs.

106. Ces faits établis, il reste à rechercher comment les hallucinations se produisent. Voici, à cet égard, les explications que donne Burdach :

« L'imagination, dit-il, ne produit les images fantastiques qu'en agissant sur les organes extérieurs des sens,

mettant ces organes en harmonie avec elle-même, leur inculquant les idées. Elle n'a pas ce pouvoir pendant la veille, parce qu'alors la vie périphérique l'emporte tellement sur elle, qu'elle est obligée de se soumettre à sa puissance; mais dans le sommeil, la polarité est renversée, et comme la vie s'est retirée de la périphérie vers le centre, le reflet de l'intuition intérieure se manifeste dans l'organe sensoriel; de même on peut avoir des visions pendant la veille, lorsque l'âme s'est concentrée sur une idée et détachée du monde extérieur, comme il arrive dans l'extase, ou lorsque affublée d'une chimère elle est devenue inaccessible à la réalité, comme dans la manie, ou quand le torrent d'une vie organique désordonnée du cerveau l'entraîne sans qu'il lui soit possible de se retenir à rien, comme dans le délire. Mais durant le sommeil l'imagination acquiert l'empire parce que rien ne la gêne, ni les émotions des sens, ni la spontanéité de l'âme; libre de toute entrave elle s'abandonne à son caprice (1). »

Ces explications de Burdach se réduisent, comme on voit, à ceci, que l'imagination peut agir sur les appareils sensoriels et provoquer des sensations, parce qu'elle se trouve momentanément dans des conditions nouvelles et différentes de celles de l'état de veille; alors, comme il le dit, « le reflet de l'intuition intérieure se manifeste dans l'organe sensoriel. »

Or en réalité c'est là le fait étrange que l'on constate, mais qu'on ne peut comprendre. Comment et par quel bouleversement complet de l'ordre physiologique, des

(1) Burdach semble ici partager une erreur que j'ai signalée plus haut quand il dit que l'hallucination se produit pendant la veille quand l'âme est concentrée sur une idée. J'ai montré en effet que c'est à tort qu'on a regardé l'hallucination comme le plus haut degré de la méditation et pour ainsi dire comme le couronnement de l'idée fixe. (Burdach, ouvrage cité, t. V, page 210.)

images changent-elles de nature et deviennent-elles de véritables sensations? Comment ces images sont-elles projetées au dehors? « Comment à l'occasion de la pensée avons-nous dans l'œil la même sensation que si un objet extérieur se trouvait placé devant cet œil vivant et ouvert? »

Le phénomène échappe à toute explication, mais au moins avons-nous cherché, dans ce travail, à bien déterminer les conditions principales qui favorisent sa production.

Ces conditions, comme on l'a vu, sont au nombre de trois ; ce sont :

1° L'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination.

2° La suspension des impressions externes.

3° L'excitation interne des appareils sensoriels.

Nous constatons sans pouvoir l'expliquer que dans ces conditions il peut se produire une sorte d'association entre deux éléments, l'un psychique et l'autre sensoriel et que le phénomène si étrange de l'hallucination est alors la conséquence de cette association.

113. *Définition de l'hallucination.* Arrivé à la fin de ces recherches il nous semble que l'hallucination psycho-sensorielle pourrait être définie :

Une perception sensorielle indépendante de toute excitation extérieure des organes des sens et ayant son point de départ dans l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination (1).

Cette définition renferme les principaux caractères de l'hallucination telle que nous l'avons comprise.

Je ne dis pas que l'hallucination est une fausse per-

(1) Depuis la publication de mon travail, j'ai cru pouvoir assigner à l'hallucination un caractère plus précis.
A mon avis elle est avant tout caractérisée par l'*extériorité spontanée*.
Je compte d'ailleurs revenir plus loin sur cette question.

ception, mais bien au contraire une fausse perception sensorielle, et par là j'affirme la réalité de la sensation.

Cette perception sensorielle se produit en l'absence de toute excitation extérieure des sens, ce qui la distingue des illusions des sens.

Enfin, j'ajoute qu'elle a son point de départ dans l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination, et par là je la sépare des sensations que provoquent certaines excitations internes ou externes des organes des sens, telles que les bluettes lumineuses, les bourdonnements d'oreilles, etc.

D'ailleurs, en faisant intervenir ici l'exercice intellectuel, j'admets la nature complexe de l'hallucination, et les deux éléments psychiques et sensoriels qui la constituent.

La définition qui précède me paraît donc résumer les caractères essentiels de l'hallucination.

II. — Mode de production des hallucinations psychiques.

Je n'ai observé les hallucinations psychiques que pour le sens de l'ouïe, et elles ne peuvent guère, en effet, exister que pour ce sens, rarement pour le sens de la vue. Leur production est d'ailleurs favorisée par les mêmes conditions que celles qui aident au développement des fausses perceptions psycho-sensorielles, c'est-à-dire par l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination et la suppression des impressions externes. L'excitation interne des appareils sensoriels n'est plus nécessaire, puisque le phénomène est tout à fait étranger à ces organes.

Il n'y a point à rechercher le point de départ de ces fausses perceptions qui restent bornées à l'intelligence.

Ces hallucinations se produisent identiquement comme

les rêves dans lesquels nous croyons entendre parler un interlocuteur.

On sait qu'il n'est pas rare d'avoir des conversations pendant les rêves ; mais au réveil on ne se rappelle pas avoir vu les interlocuteurs, ni avoir entendu le bruit de leurs voix et cependant on se souvient des paroles qui ont été dites.

Dans tous les cas de ce genre, l'homme qui rêve perd la conscience de son unité intellectuelle. Il continue à considérer comme lui appartenant, une partie des idées qui surgissent dans son esprit ; mais il y en a une autre partie qu'il attribue à une personne étrangère.

C'est ce qui se passe chez le malade atteint d'hallucinations psychiques ; sa pensée abandonnée à elle-même, comme dans le rêve, se produit spontanément ; elle se formule en paroles. A un degré de plus, ce malade, comme l'homme qui rêve perd la conscience de son unité intellectuelle. Il attribue une partie de ses pensées à des interlocuteurs invisibles.

Il se borne d'abord à dire qu'il entend, mais bientôt il dira qu'on lui a dit, qu'on lui a demandé, qu'on lui a répondu.

Là ne s'arrête pas l'analogie des rêves et des hallucinations psychiques.

Pendant le sommeil le rêveur prononce souvent les paroles qui expriment les idées de son rêve. Tantôt il se borne à les murmurer ; tantôt il rêve tout haut. Il en est de même de l'halluciné. On le voit pendant la durée de ses hallucinations remuer les lèvres comme les personnes qu'on rencontre parlant seules dans les rues sans en avoir conscience.

Mais si le malade peut, pendant la veille, éprouver des hallucinations psychiques. dans un état analogue à l'état de

rêve, il peut aussi dans d'autres cas avoir plus ou moins conscience du phénomène, et je ne pourrais à cet égard que répéter tout ce que j'ai dit des hallucinations psycho-sensorielles.

Les hallucinations psychiques supposent d'ailleurs un trouble beaucoup moins grand que les fausses perceptions psycho-sensorielles. Aussi se produisent-elles beaucoup plus facilement ; elles sont plus continues, se suspendent et reparaissent plus souvent, etc.

Les malades qui consentent à toute heure du jour à adresser des questions à leurs interlocuteurs invisibles, semblent pouvoir produire à volonté des hallucinations psychiques. On se fera une idée de ce qui se passe alors chez les malades, en se faisant à soi-même mentalement une question, à laquelle on a l'habitude de répondre très souvent ; la réponse formulée en paroles intérieures, se fait immédiatement, et pour ainsi dire involontairement dans notre esprit. Toute la différence est dans la conviction de l'halluciné, qui n'a plus conscience que cette réponse vient de lui, et qui l'attribue à un autre.

La simplicité du phénomène des hallucinations psychiques, la facilité avec laquelle il se produit, sa persistance, peuvent rendre compte de l'extrême fréquence dans la folie chronique des fausses perceptions de l'ouïe par rapport à celles des autres sens.

Je crois encore devoir rappeler que si on peut observer des hallucinations psycho-sensorielles sans délire et chez des personnes saines d'esprit, il n'en est pas de même des hallucinations psychiques qui ne s'observent que chez les aliénés après une durée plus ou moins longue de la maladie.

Les hallucinations psychiques peuvent être définies.

Des perceptions purement intellectuelles, ayant leur point

de départ dans l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination, et qui sont souvent assimilées à tort par les malades aux perceptions sensorielles.

Résumé.

Il y a trois conditions qui favorisent la production des hallucinations, ce sont :

1° L'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination ;

2° La suspension des impressions externes ;

3° L'excitation interne des appareils sensoriels.

Les rapports étroits qui lient les hallucinations à l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination et à la suspension des impressions externes sont surtout prouvés par les faits suivants :

1° Tous les états caractérisés par l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination et par la suspension des impressions externes sont en même temps accompagnés le plus souvent d'hallucinations psycho-sensorielles, tels sont plus particulièrement l'état intermédiaire à la veille et au sommeil, l'état de rêve, l'état de mélancolie avec stupeur, etc.

2° L'exercice de l'attention et les impressions externes sont des obstacles à la production des hallucinations et les suspendent le plus souvent quand elles existent. Le premier point est surtout prouvé par l'observation de Nicolaï ; il s'efforçait en vain de reproduire ses hallucinations, elles reparaissaient, au contraire, spontanément aussitôt qu'il n'y pensait pas. Le mode d'invasion brusque et involontaire des fausses perceptions sensorielles est encore un argument à invoquer pour démontrer que l'exercice actif des facultés est un obstacle à la production de ce phénomène.

Quant à la suspension des hallucinations lorsqu'on fixe

l'attention des malades, elle peut chaque jour être démontrée par des faits nombreux.

3° Les causes des hallucinations provoquent aussi l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination, et la suspension des impressions externes.

Les passions oppressives et certains agents spéciaux qui affaiblissent l'action de la volonté, et suspendent les impressions externes, sont les causes directes des hallucinations.

Les passions excitantes et les excitants généraux qui tendent à augmenter l'énergie du pouvoir personnel, ne provoquent, au contraire, les fausses perceptions sensorielles que d'une manière indirecte.

4° Les hallucinés pendant la durée de leurs fausses perceptions sont souvent dans un état spécial caractérisé, outre les hallucinations, par l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination, la suspension des impressions externes, et l'inertie plus ou moins complète de la volonté. Cet état peut être appelé état d'hallucination.

L'exercice involontaire des facultés n'accompagne pas seulement les hallucinations, mais souvent il les précède et en forme comme le prodrome.

Esquirol avait remarqué chez les hallucinés quelque chose d'analogue à l'état d'hallucination, mais il paraît avoir compris la nature de cet état d'une manière différente.

C'est à tort qu'on a comparé tous les hallucinés à des gens qui rêvent éveillés.

L'état d'hallucination a une durée variable ; il peut se se prolonger plusieurs heures, ou cesser après quelques secondes. Cet état, souvent interrompu par les impressions externes, se reproduit avec une extrême facilité aussitôt que le malade est abandonné à lui-même.

Les hallucinés assistent quelquefois avec conscience à

leurs fausses perceptions sensorielles, et les impressions externes ne sont alors qu'incomplètement suspendues; l'état de ces malades est analogue à l'état intermédiaire à la veille et au sommeil.

Quelquefois les hallucinations persistent dans l'état le plus complet de veille, et malgré les efforts que fait le malade pour les suspendre. Il s'établit, dans ce cas, une sorte de lutte entre la volonté et l'imagination.

Il faut, outre l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination et la suspension des impressions externes, admettre pour expliquer les hallucinations une excitation interne plus ou moins vive des appareils sensoriels. Les faits qu'on peut invoquer pour prouver cette excitation sont les suivants :

L'élément psychique de l'hallucination existe souvent sans l'élément sensoriel, ou bien il persiste quand l'élément sensoriel a cessé ; d'où on peut conclure que cet élément sensoriel est produit par une cause distincte de celle qui agit sur l'imagination.

L'excitation longtemps prolongée d'un sens dispose aux hallucinations de ce sens.

Les causes qui provoquent les hallucinations troublent en même temps les fonctions des appareils sensoriels.

Des phénomènes sensoriels précèdent ou accompagnent souvent les hallucinations.

Le point de départ des hallucinations est et ne peut être que dans l'intelligence. Des objections insolubles s'élèvent contre l'opinion qui tend à faire considérer l'excitation des appareils sensoriels comme le phénomène initial. Les rapports des hallucinations de plusieurs sens entre eux ; ceux qu'on observe entre les fausses perceptions et les idées dominantes des malades, deviendraient, en effet, impossibles à comprendre.

L'hallucination se produit de dedans en dehors, c'est-à-dire d'une manière tout à fait opposée à la sensation normale.

La production des hallucinations psychiques est favorisée par les mêmes conditions que celle des fausses perceptions psycho-sensorielles. Il n'y a de moins que l'excitation interne des appareils sensoriels auxquels le phénomène est alors tout à fait étranger.

Les hallucinatians psychiques de l'ouïe, par la facilité avec laquelle elles se produisent, expliquent l'extrême fréquence des fausses perceptions de ce sens dans la folie chronique.

APPLICATION

DE LA

PHYSIOLOGIE DES HALLUCINATIONS

A LA

PHYSIOLOGIE DU DÉLIRE
CONSIDÉRÉ D'UNE MANIÈRE GÉNÉRALE

THÉORIE DE L'AUTOMATISME

1845.

J'ai cherché à établir que l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination est la condition principale pour la production des hallucinations, et j'ai du rappeler qu'il existe en nous, quant à l'exercice intellectuel, deux états très différents.

Dans l'un nous dirigeons nos facultés, et nous les employons à nos desseins, nous sollicitons les idées et après les avoir fait naître, nous les conservons plus ou moins longtemps pour les examiner sous tous leurs aspects : il y à alors intervention active de la personnalité : c'est l'exercice intellectuel volontaire.

L'autre état est tout à fait opposé : c'est l'état d'indépendance pour les facultés et d'inertie pour le pouvoir personnel. « Nous sentons alors, dit Jouffroy, notre mémoire,

notre imagination, notre entendement, se mettre en campagne sans notre congé, courir à droite et à gauche comme des écoliers en récréation, et nous rapporter des idées, des images, des souvenirs trouvés sans notre secours, et que nous n'avions pas demandés. »

Pour peu qu'on s'observe, on reconnaît que ces deux états se succèdent alternativement ; à chaque instant, nous reprenons la direction, de nos idées et à chaque instant elle nous échappe. Mais il arrive aussi que l'état d'indépendance des facultés se prolonge ; alors « la défaillance est générale, c'est-à-dire que le pouvoir personnel abdique entièrement, et lâche en même temps les rênes à toutes nos facultés. C'est ce qu'on peut observer dans ces moments où le corps étant dans un repos parfait, la sensibilité à peine effleurée par quelques sensations légères, nous laissons aussi aller notre mémoire, notre imagination et notre pensée comme elles le veulent, et tombons dans ce qu'on appelle l'état de rêverie. Notre personnalité n'est pas éteinte, elle surveille encore le jeu naturel des capacités qui l'entourent ; elle a la conscience qu'elle peut, quand elle le voudra, s'en ressaisir ; mais pour le moment elle ne gouverne pas, elle laisse tout aller, elle se repose. Dans cet état, toutes nos facultés se meuvent de leur mouvement propre et selon leur loi, non selon les nôtres, et par notre impulsion. L'homme s'est retiré, et *notre nature vit comme une chose* ; tout ce qui se passe en nous *est fatal* : nous sommes retombés sous la loi de la *nécessité, qui se joue de nous comme elle se joue de l'arbre et des nuages.* »

A ces passages empruntés à Jouffroy je n'ajouterai plus que le suivant : « L'homme se rapproche des choses quand il délaisse cet empire qu'il dépend de lui de prendre ; quand, au lieu de s'approprier ses facultés, il les abandonne à leur propre mouvement, et reste paresseusement

endormi au milieu d'un *mécanisme* dont il lui a été donné de gouverner tous les ressorts. »

Qu'est-ce que cet état de rêverie pendant lequel notre nature vit comme une chose où tout ce qui se passe en nous est fatal, où nous sommes retombés sous la loi de la nécessité, qui se joue de nous comme elle se joue de l'arbre et des nuages? Qu'est-ce que cet état que Jouffroy compare à un *mécanisme* mû par des *ressorts?* Cet état c'est *l'automatisme de l'intelligence* caractérisé par l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination.

Le délire des fébricitants est le résultat de l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination ; lorsqu'il est très intense, le malade ne peut plus être rappelé à lui-même et reprendre la direction de ses idées, alors même qu'on sollicite son attention par des excitations externes : quand le délire est plus léger, on parvient, au contraire, facilement à le suspendre pendant quelques instants en fixant l'attention, mais il reparaît de nouveau, aussitôt qu'on cesse, pour ainsi dire, de tenir le fébricitant éveillé. J'ai vu dans ces cas des malades demander qu'on leur parlât, parce qu'ils retombaient dans des hallucinations fatigantes dès qu'on les abandonnait à eux-mêmes.

Dans les simples rêvasseries, le fébricitant parvient souvent lui-même, et sans être aidé par des excitations externes, à fixer plus ou moins longtemps son attention.

Ainsi l'intensité du délire fébrile peut, jusqu'à un certain point, être appréciée d'après le degré de puissance que le malade conserve encore sur la direction de ses idées.

Il est très intense quand l'exercice de la mémoire et de l'imagination est complètement soustrait à l'empire de la volonté.

Il est moindre si le malade peut le suspendre, aidé par des excitations externes qui fixent son attention.

Il est très léger quand le fébricitant peut lui-même interrompre, par la seule force de sa volonté, l'espèce de rêve auquel il est en proie.

Sous ce rapport, la manie peut être assimilée au délire fébrile. — Elle est, en effet, comme lui le résultat de l'excitation générale du cerveau et de l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination.

Au plus haut degré le maniaque est complètement entraîné par ses idées, et les excitations externes les plus vives ne peuvent le *rappeler à lui-même*. Ce sont des cas presque exceptionnels. — Le plus souvent on peut au contraire suspendre momentanément le délire en fixant l'attention.

Le temps pendant lequel on peut ainsi fixer l'attention du maniaque. est le meilleur moyen de juger du degré d'acuité de la maladie.

Dans la stupidité, il y a un délire tout intérieur accompagné d'illusions des sens et d'hallucinations. Ce délire est souvent si intense, qu'il ne peut être suspendu même momentanément par des excitations externes.

C'est encore dans l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination qu'il faut chercher la source du délire des mélancoliques et des monomaniaques.

Il y a alors un certain nombre d'idées qui se reproduisent toujours les mêmes ; le malade essaye vainement de les chasser, elles s'imposent, à son esprit.

Dans certains cas de mélancolie, l'influence de la volonté sur la direction des idées est aussi complètement abolie que dans la manie la plus aiguë.

Il n'est pas plus au pouvoir du mélancolique de remplacer les idées qui l'obsèdent qu'il n'est au pouvoir du

maniaque de fixer son attention sur un point déterminé. Excitez fortement l'attention d'un mélancolique et vous l'arracherez, pour quelques instants, à ses idées fixes, de la même manière que vous suspendrez aussi, pour quelques instants, l'incohérence du maniaque.

Si l'excitation extérieure cesse, l'idée fixe reparaît immédiatement, et le malade y retombe, comme par une pente fatale sur laquelle il ne peut se retenir.

On peut donc expliquer tous les délires par l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination.

Esquirol a dit, et plusieurs auteurs ont répété que les lésions de l'entendement dans la folie pouvaient être ramenées à celles de l'attention, et que cette faculté *est essentiellement lésée chez tous les aliénés.*

Malgré tout le respect que je conserve pour les doctrines de mon illustre maître, il m'a cependant semblé qu'il n'est pas exact de rapporter ainsi dans la folie les lésions de l'entendement à celles de l'attention. Voyons par exemple ce qui a lieu dans la manie.

« Les impressions, dit Esquirol, sont si fugitives et si nombreuses, les idées sont si abondantes, que le maniaque ne peut fixer assez son attention sur chaque objet, sur chaque idée ! »

Rien n'est plus exact, mais ici est-ce l'attention qui est lésée ?

L'attention n'est que la volonté appliquée.

Or qu'y a-t-il de changé chez le maniaque ou de lésé, si on veut?

Est-ce le degré d'énergie avec lequel il peut appliquer son attention ?

Assurément non.

Ce qu'il y a de changé, c'est l'état de son cerveau sur-

excité qui engendre une foule d'idées que la volonté est impuissante à réprimer.

On ne peut pas dire d'un malade en proie aux convulsions que sa volonté est lésée parce qu'il ne peut plus, comme dans l'état normal, diriger ses mouvements.

Sa puissance de volonté, en effet, est restée aussi forte qu'avant, mais l'état des instruments sur lesquels elle s'exerce a changé. Il en est de même dans la folie.

On ne dit pas d'un homme qui porte habituellement un fardeau de cent livres que ses forces ont diminué parce qu'il succombe à une charge deux ou trois fois plus grande.

Les forces de cet homme n'ont pas changé, mais l'objet auquel elles s'appliquaient n'est plus le même.

La lésion principale dans la folie n'est donc pas celle de l'attention.

Les hallucinations, le délire aigu, la manie, la stupidité, la mélancolie, etc., ont donc leur point de départ dans l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination.

Quand on parvient à suspendre le délire en fixant l'attention du maniaque ou en détournant la mélancolique de ses idées fixes, on rend momentanément à l'aliéné le pouvoir qu'il avait perdu de diriger ses facultés; on réveille l'action de la personnalité; on substitue, pour quelques instants, un état intellectuel actif et volontaire à l'état pathologique dans lequel l'influence de la volonté avait plus ou moins complètement cessé.

C'est le réveil qui interrompt le rêve.

C'est l'homme qui reprend la place de l'animal.

Il faut donc chercher la condition première du délire, sous toutes ses formes, dans l'indépendance des facultés soustraites à l'action du pouvoir personnel.

J'ai longuement déduit les preuves de ce fait dans la physiologie des hallucinations, et il constitue la base de ce que j'ai cru devoir désigner sous la dénomination de *théorie de l'automatisme*.

QUATRIÈME PARTIE

TRAVAUX DIVERS — ET NOTES COMPLÉMENTAIRES

I

DE L'ALIMENTATION FORCÉE

DES ALIÉNÉS

ET DE L'EMPLOI D'UNE NOUVELLE SONDE

POUR NOURRIR CES MALADES (1)

1846

Entre tant de services rendus aux aliénés par Esquirol, il faut compter l'emploi qu'il a fait le premier de la sonde œsophagienne pour nourrir les malades qui refusent obstinément de prendre des aliments.

Depuis plus de trente ans, on a eu souvent recours à ce moyen à la Salpêtrière, à Bicêtre, à Charenton et dans presque tous les asiles consacrés au traitement de la folie.

Esquirol s'est d'ailleurs peu étendu sur l'emploi de la sonde œsophagienne, et je ne puis mieux faire que de citer textuellement ce qu'il en a dit.

(1) Ce mémoire a été publié dans les *Annales médico-psychologiques* 1846 et 1847 tomes VIII et IX.

Après avoir rappelé qu'il faut avant tout s'appliquer à vaincre la résistance des aliénés par la persuasion, après avoir conseillé l'emploi de la douche et des bains froids, il ajoute :

« Si tous ces moyens échouent, si le refus des aliments persiste, si le malade a pris la résolution de mourir par abstinence, il faut recourir à l'introduction forcée des substances alimentaires dans l'estomac.

« On a imaginé plusieurs moyens mécaniques pour forcer à ouvrir la bouche. Ces moyens sont violents et ne réussissent pas toujours.

« L'usage d'une sonde de gomme élastique introduite par les narines dans l'œsophage, pour ingérer des liquides dans l'estomac, réussit ordinairement, si on a recours à ce moyen avant que l'abstinence ait déterminé l'inflammation de l'estomac et des intestins. L'ingestion tardive ne saurait prévenir la mort.

« Le premier j'ai fait usage de la sonde dans cette circonstance; mais son emploi exige des précautions.

« La sonde œsophagienne dont je me servais d'abord, d'un calibre trop gros, ne s'introduisait que difficilement. On a adopté depuis une sonde ordinaire d'un calibre plus petit, et qui est plus courte; il arrivait quelquefois que l'extrémité de la sonde se reployait sur elle-même avant d'entrer dans l'œsophage, et qu'alors le liquide ressortait par les narines et par la bouche. M. Baillarger, élève interne de Charenton, a armé la sonde d'un mandrin en baleine, et l'accident dont je viens de parler a été prévenu (1).

(1) Esquirol a omis involontairement de parler du mandrin en fer qui peut seul rendre possible l'emploi du mandrin en baleine. L'introduction d'une sonde armée du seul conducteur en baleine serait très difficile et surtout extrêmement dangereuse. Ce n'est qu'avec beaucoup de peine qu'on parviendrait à recourber cette sonde qui s'appliquerait à angle droit sur la paroi postérieure du pharynx, et c'est alors qu'on pourrait faire

« Il peut arriver que la résistance soit telle que, même avec beaucoup d'expérience, on fraye une fausse route à la sonde. Cet accident très grave est fort rare, car je ne l'ai observé qu'une fois sur un jeune homme.

« La sonde, introduite par une main exercée et habile, se fourvoya dans une fausse voie et provoqua une inflammation qui, en peu de jours, fut mortelle.

« Je le répète, c'est la seule fois que j'aie observé un pareil accident.

« Ce moyen est ordinairement sans danger; il a conservé la vie à un grand nombre de malades auxquels j'ai donné des soins soit dans les établissements publics, soit dans ma pratique particulière (1). »

On voit qu'Esquirol, tout en disant que le cathétérisme de l'œsophage est ordinairement sans danger, avoue cependant qu'il exige des précautions, et même qu'il peut entraîner des accidents très graves. Il cite, en effet, un cas dans lequel l'opération fut suivie de mort; mais il ajoute que c'est le seul qu'il ait observé.

M. Leuret est allé beaucoup plus loin qu'Esquirol quant au danger de l'introduction de la sonde œsophagienne. Il déclare que chez les malades qui résistent, cette opération devient *excessivement dangereuse*. « Alors, dit-il, il est arrivé qu'avec la sonde on a *percé l'œsophage*, ou bien qu'on a *traversé le larynx*, une bronche, le *tissu pulmonaire*, et que, par l'injection d'un aliment, on a causé la mort du malade. »

une fausse route. La sonde dont parle Esquirol, et à laquelle j'ai ajouté un conducteur en baleine, était donc une sonde à double mandrin. L'un des conducteurs est en fer et destiné à faire arriver la sonde dans le pharynx; l'autre est en baleine et la conduit dans l'œsophage. En y réfléchissant, on verra qu'il est impossible qu'il en fût autrement. C'est d'ailleurs ainsi que l'employèrent alors plusieurs de mes collègues, et entre autres M. Gérard Marchant, aujourd'hui médecin de l'asile des aliénés à Toulouse.

(1) Esquirol, *Traité des maladies mentales*, t. I, p. 662.

« Il est arrivé aussi, ajoute le même auteur, que le médecin, retenu par la difficulté et les dangers de l'opération, est resté spectateur désolé d'une longue et affreuse agonie, contre laquelle il n'a rien osé entreprendre (1). »

J'ai été témoin de l'accident dont parle Esquirol, et je rapporterai plus loin avec détail l'observation du malade chez lequel la perforation du pharynx entraîna la mort après quelques jours.

Chez un aliéné observé par M. Crozant, une érosion du pharynx produite par la sonde fut suivie d'un abcès considérable au col et bientôt de la mort.

On verra aussi que les cas d'asphyxie par l'injection dans les voies aériennes ne sont que trop réels.

Mais, en dehors de ces dangers, il y a encore les difficultés de l'opération qui ont plus d'une fois forcé d'y renoncer. Ou bien alors on a eu recours à des moyens violents pour ouvrir la bouche des malades, ou bien on a abandonné ces malades à eux-mêmes, et plusieurs ont succombé par suite d'inanition.

Enfin il faut tenir compte des tentatives infructueuses qu'on est assez souvent obligé de faire, et qui deviennent une cause de douleur et d'épuisement.

Le cathétérisme de l'œsophage chez les aliénés, malgré son incontestable utilité, n'est donc pas sans danger. En outre, les difficultés qu'il offre dans un assez grand nombre de cas en font, chez quelques malades, une opération longue et douloureuse quand ils ne la rendent pas complètement impossible.

Après l'accident mortel que j'observai à Charenton en 1832, je songeai aux moyens de prévenir de pareils mal-

(1) Leuret, *Gazette médicale*, 1845.

heurs, et j'étudiai avec soin tout ce qui se rattache au cathétérisme de l'œsophage.

Depuis près de quinze ans je n'ai pas cessé, toutes les fois que l'occasion s'en est présentée, de m'occuper de ce sujet.

J'ai fait successivement subir à l'instrument, que j'avais d'abord imaginé, plusieurs modifications qui en ont rendu l'usage de plus en plus facile.

Enfin, dans ces derniers temps, j'ai eu occasion chez plusieurs malades, de pratiquer le cathétérisme œsophagien plus de six cents fois. L'utilité de la nouvelle sonde m'a paru si décisive, que j'ai cru utile de publier tout ce que j'ai recueilli sur ce sujet, dont les médecins des asiles d'aliénés connaissent l'utile pratique.

Je me propose dans ce travail :

1° De rechercher les causes qui rendent chez les aliénés le cathétérisme difficile et dangereux :

2° D'indiquer par quels moyens on peut surmonter les obstacles et prévenir les accidents.

DES DIFFICULTÉS ET DES DANGERS DU CATHÉTÉRISME DE L'ŒSOPHAGE CHEZ LES ALIÉNÉS.

Difficultés du cathétérisme.

Les obstacles qui s'opposent quelquefois à l'introduction de la sonde œsophagienne se rencontrent dans les fosses nasales, à la partie supérieure et à la partie inférieure du pharynx, peut-être viennent-ils quelquefois de l'œsophage lui-même.

Obstacles dans les fosses nasales et à la partie supérieure du pharynx. — Les difficultés qu'on éprouve dans quelques cas pour pénétrer jusqu'au pharynx tiennent au vo-

lume trop considérable de certaines sondes, et surtout à ce qu'on ne suit pas exactement le plancher inférieur des fosses nasales. Il arrive alors qu'après avoir vainement essayé d'un côté on est obligé d'opérer de l'autre, j'ai vu plusieurs fois des hémorrhagies occasionnées par ces tentatives, qui, en outre, augmentent beaucoup la douleur produite par l'opération.

M. Thore a rapporté une observation dans laquelle les petites dimensions des narines ne permirent pas l'introduction de la sonde par cette voie (1). Ces cas doivent être extrêmement rares, ou plutôt je suis convaincu qu'ils ne se rencontreront pas si on se sert de petites sondes. Quelquefois la cloison est déjetée d'un côté, et l'opération ne peut être faite que par une des narines.

On a vu à Bicêtre un malade qui s'était introduit dans le nez, pour s'opposer au passage de la sonde, un morceau de tuyau de pipe, qu'il fallut d'abord retirer.

En général ce premier temps de l'opération est très facile.

Les obstacles qui peuvent se rencontrer à la partie supérieure du pharynx sont plus sérieux. L'extrémité de la sonde, après avoir franchi les fosses nasales et le voile du palais, arrive à angle droit sur la paroi postérieure du pharynx; et c'est appuyée sur cette paroi qu'elle doit se recourber. Assez souvent, pour peu que la sonde soit dure, l'obstacle dans ce point est tel, qu'on est obligé de renoncer à l'opération dans la crainte d'une déchirure du pharynx. Pour obvier à cet inconvénient, j'ai vu prendre la précaution de courber le bout de la sonde avant de faire l'opération; mais alors on a beaucoup moins de chance d'éviter les autres obstacles dont je parlerai plus bas.

(1) *Annales médico-psychologiques*, t. III, p. 347.

Une fois ce point franchi, l'instrument peut, en se recourbant, glisser à droite ou à gauche, et s'arrêter derrière les piliers du voile du palais, dans des lacunes que j'ai trouvées ecchymosées chez des malades qui avaient succombé. La sonde, ainsi arrêtée, continue quelquefois à entrer si on la pousse; mais au lieu de descendre dans l'œsophage, elle se replie sur elle-même, et c'est en vain que l'on essaye de faire l'injection. Il faut alors recommencer l'opération.

Obstacles à la partie inférieure du pharynx. Impossibilité d'introduction de la sonde. — Les obstacles de la partie supérieure du pharynx ne sont point les plus graves, et dans la majorité des cas c'est au niveau du larynx qu'on trouve les plus grandes difficultés. A la partie supérieure du pharynx, en effet, la volonté du malade ne peut rien pour empêcher l'opération. Il en est autrement au niveau du larynx. Les aliénés arrivent souvent dès les premiers jours à fermer presque complètement la partie inférieure du pharynx avec la base de la langue. Il suffit pour cela d'élever le larynx comme on le fait pour un mouvement de déglutition, et de le maintenir ainsi élevé en suspendant sa respiration; quelquefois même le malade parvient à respirer faiblement. On peut s'assurer que la sonde arrêtée repose sur la base de la langue à son point d'union avec le larynx, car l'obstacle cesse quand le larynx s'abaisse; et si on enfonce alors l'instrument et que le larynx s'élève de nouveau, la sonde est en partie repoussée hors de la narine.

Esquirol a rapporté un curieux exemple de cette influence de la volonté du malade pour s'opposer au cathétérisme de l'œsophage. Ce fait est d'autant plus remarquable, que c'est le premier cas dans lequel l'illustre médecin ait eu recours à cette opération. L'aliéné, après avoir refusé une première fois de prendre des aliments pendant un

temps assez long, avait consenti à manger; mais il était bientôt revenu à sa première résolution de se laisser mourir de faim.

« Le cinquième jour de cette nouvelle abstinence, dit Esquirol, M. Dubois introduit une sonde par les narines et ingère dans l'estomac un bouillon et un peu de vin, en assurant au malade que, s'il ne mange pas le soir, le lendemain on recommencera. Le lendemain, M. Dubois éprouve une si grande résistance pour introduire la sonde qu'il n'ose la surmonter. Le malade se met à rire. *J'avais fait*, nous dit-il, *tous mes efforts pendant la nuit pour contracter les muscles du pharynx afin d'empêcher l'introduction de la sonde.* Le septième jour, tout *ayant échoué*, je m'avise de rouler un mouchoir sur lui-même et d'en donner quelques coups sur les jambes du malade, en lui disant d'un ton ironique : Puisque vous faites l'enfant, on vous traitera comme un écolier tant que vous ne prendrez pas de nourriture. L'amour-propre s'irrite de ce traitement, M. de B... demande à manger (1). »

C'est, comme je l'ai dit, la première fois qu'Esquirol employait la sonde œsophagienne, et on voit que ce moyen serait devenu inutile si le médecin n'était parvenu à déterminer le malade à manger en excitant son amour-propre. L'habile chirurgien qui était chargé de l'opération recula, en effet, devant les difficultés que lui suscita la volonté de l'aliéné.

Ce qui est arrivé à Dubois s'est renouvelé depuis un grand nombre de fois.

M. le docteur Trélat a observé à la Salpêtrière deux malades, chez lesquelles l'introduction de la sonde était devenue impossible.

(1) Esquirol, t. I, p. 613.

L'une de ces malades avait été nourrie malgré elle pendant un mois, et ce ne fut qu'après ce temps qu'on dut renoncer à l'opération.

Chez l'autre, l'alimentation forcée durait depuis cinq semaines.

L'issue fut très différente dans les deux cas. Dans le premier, l'aliénée recommença à manger après quelques jours et survécut; dans le second, au contraire, la malade persista dans sa résolution et succomba.

M. Barbier, interne à Charenton, a vu un cas dans lequel la sonde, introduite facilement deux fois le premier jour, ne put le lendemain pénétrer qu'avec beaucoup de peine, et après s'être repliée à plusieurs reprises. Les jours suivants, le cathétérisme devint tout à fait impossible, et la malade succomba peu après.

M. de Crozant a observé à Bicêtre un aliéné chez lequel on ne put jamais parvenir à introduire la sonde.

Dans tous ces cas, soit à cause des difficultés, soit par suite de l'affaiblissement des malades, on a renoncé à continuer l'alimentation en ouvrant de force la bouche et en introduisant la sonde par cette voie. C'est là, en effet, une dernière ressource à laquelle on a parfois recours, mais qui offre de graves inconvénients. La lutte qu'on est forcé d'engager avec l'aliéné, quand il oppose une grande résistance, le fatigue et l'épuise; les moyens qu'il faut employer, comme l'a dit Esquirol, sont d'ailleurs violents et ne réussissent pas toujours. Cependant, quand la faiblesse n'est pas trop grande, on ne doit pas balancer. On ouvre la bouche à l'aide de cuillères ou de clefs qu'on fait pénétrer entre les dents, et qui servent à maintenir l'écartement des mâchoires pendant qu'on passe la sonde et qu'on fait l'injection. L'opération est alors, en général, très facile, parce que le malade ne peut plus, la bouche étant ou-

verte, élever le larynx et porter la base de la langue en arrière, comme il le fait quand les mâchoires sont rapprochées.

L'observation suivante, que je cite avec tous ses détails, est un des cas dans lesquels l'impossibilité de pratiquer le cathétérisme par les fosses nasales a forcé, à plusieurs reprises, de passer la sonde par la bouche en desserrant les mâchoires à l'aide de clefs. Ce fait montrera quelles sont, dans certains cas, les difficultés du cathétérisme œsophagien, et fera connaître en même temps les désordres que peuvent produire des tentatives souvent répétées pour surmonter les obstacles.

Observation première.

Monomanie ancienne, plus tard délire maniaque; refus d'aliments; emploi de la sonde œsophagienne; hémorrhagie nasale provoquée par l'opération; impossibilité de l'introduction par les fosses nasales dans plus de la moitié des cas; mort; à l'autopsie, ecchymoses du pharynx et du larynx.

M. C..., âgé de vingt-neuf ans, sans profession, fut amené à Charenton le 10 avril 1834. On apprit de la famille que la maladie remontait déjà à une époque très éloignée. M. C..., sorti du collège à dix-huit ans, n'avait pu depuis lors se livrer à aucune occupation suivie. A dix-neuf ans, il devint tout à coup très sombre, parut préoccupé d'idées religieuses, et manifesta le désir d'entrer dans les ordres. On pouvait déjà reconnaître que son intelligence était affaiblie. Depuis ce temps sa faiblesse d'esprit n'a fait qu'augmenter. Il s'est imaginé qu'une femme âgée voulait se faire aimer de lui et qu'elle avait pour cela recours à des sortilèges. Il a aussi la crainte d'être empoisonné. Depuis quelques mois, accès d'agitation et même de fu-

reur. Le malade a failli, à plusieurs reprises, mettre le feu, ce qui a engagé à le faire séquestrer.

M. C... est d'une taille moyenne, d'une constitution assez grêle; son teint légèrement coloré, sa santé physique paraît bonne. Pendant les premiers jours, il est assez calme, et s'étonne qu'on l'ait privé de sa liberté: il est vrai, dit-il, qu'il a fait des extravagances avant son entrée; mais il avait un but, c'était de contrefaire le fou pour éviter les poursuites de la vieille femme qui voulait l'épouser. S'il avait pu prévoir qu'on le renfermerait, il eût renoncé à son projet.

Ce calme, interrompu cependant par quelques moments passagers d'agitation, persista jusqu'au mois de juin: il survint alors tout à coup un violent accès de manie. Le malade crie, s'agite, fait à peine attention à tout ce qui l'entoure: il est le représentant de Dieu sur la terre; il va faire des miracles, il distribue des places, etc.

L'agitation et le délire s'étant calmés, on put rendre à M. C... la liberté du jardin; mais on s'aperçut, dans les premiers jours de juillet, qu'il ramassait des matières fécales et les cachait avec soin pour les manger pendant la nuit.

Le 7 *juillet*, il commença à refuser obstinément toute nourriture, et fut placé à l'infirmerie.

Le 10 au matin, le refus d'aliments continue, l'haleine est fétide, les dents serrées; la figure est animée, les yeux fixes.

On essaye vainement d'introduire une sonde œsophagienne par les fosses nasales; plusieurs sondes sont successivement employées, mais toutes se replient, et l'injection ne peut avoir lieu.

On est alors forcé d'ouvrir la bouche en desserrant les dents avec une clef. On n'y parvient qu'assez difficilement, et non sans faire couler un peu de sang des gencives, et

sans arracher quelques cris au malade. La sonde est passée par la bouche, et on injecte un demi-litre de lait environ.

A 5 heures du soir, on fait de nouvelles tentatives pour introduire une sonde œsophagienne par les narines; *toutes se replient, et on a beaucoup de peine à les retirer.* On renouvelle *cinq* ou *six fois* les essais d'introduction, et à chaque fois du sang coule par le nez ou revient par la bouche; quelques caillots sont rejetés par le malade.

On est forcé de nouveau *de desserrer les dents avec une clef,* et de passer la sonde par la bouche ; on injecte encore un demi-litre de bouillon.

L'hémorrhagie continue après l'opération pendant une heure environ, et on peut évaluer à une livre au moins la quantité de sang perdue par M. C...

11 *juillet.* La constriction des mâchoires n'a pas cessé; mutisme, immobilité du malade ; les paupières sont abaissées, la respiration calme; il y a un peu de fièvre. *La sonde œsophagienne est introduite le matin et le soir sans difficultés notables.* On a injecté chaque fois un demi-litre de lait.

12 *juillet* au matin. Même constriction des mâchoires, haleine fétide, lèvres sèches, dents couvertes d'un mucus gluant; faiblesse très grande. On essaye *à trois reprises* d'injecter du lait à l'aide de la sonde œsophagienne, et *on ne peut y parvenir.* L'instrument pénètre assez profondément, mais l'injection est impossible, parce qu'il est probablement recourbé dans l'arrière-bouche.

On écarte les dents avec une clef, on passe la sonde par la bouche, et le bouillon peut alors être injecté.

Un peu de sang s'est écoulé par les narines.

A midi, on parvient à introduire le tube œsophagien

assez facilement. Il en est de même le lendemain au matin.

13 *juillet.* La sonde œsophagienne est introduite sans difficulté.

14 *juillet.* Depuis plusieurs jours, on avait vainement essayé de vaincre la constipation par des lavements simples ou purgatifs. Aujourd'hui il y a eu plusieurs selles abondantes.

Deux introductions faciles de la sonde.

15 *juillet.* Le malade a été visité hier par l'aumônier de l'établissement; on n'a rien pu obtenir lui. La constriction des mâchoires, qui avait diminué, est de nouveau devenue très forte; les arcades dentaires sont croisées l'une sur l'autre.

On essaye vainement d'injecter du lait : *plusieurs sondes introduites successivement entrent de six à sept pouces, puis elles se replient, et l'injection ne peut avoir lieu.*

On ne parvient qu'avec beaucoup de peine à surmonter la constriction des mâchoires : on desserre les dents avec deux clefs; le tube est alors facilement introduit par la bouche.

Pendant cette opération, du sang s'est écoulé des gencives, et la bouche se remplit de salive sanguinolente. Le malade, malgré la douleur qu'il a dû éprouver, n'a pas proféré une plainte ; il est toujours immobile, les yeux fermés.

16 *juillet* au matin. On introduit de nouveau la sonde par la bouche, parce qu'elle *se replie quand on essaye de la passer par les fosses nasales.*

A 3 heures. Nouvelle *tentative infructueuse* de cathétérisme par les fosses nasales.

L'ouverture de la bouche à l'aide de deux clefs n'a pu avoir lieu qu'avec beaucoup de peine : on est obligé de

prendre un point d'appui sur les dents elles-mêmes, et on en détache de petites portions; les gencives saignent. M. C... est devenu tellement faible qu'il n'oppose plus aucune résistance, quoiqu'il ait les mains libres. Il a eu une selle très copieuse, et immédiatement après une syncope si prolongée qu'on a pu craindre qu'il ne succombât.

17 *juillet*. On parvient aujourd'hui à passer deux fois la sonde, constriction des mâchoires, diarrhée.

18 *juillet*. Même état (les notes recueillies ne font point mention du cathétérisme œsophagien).

19 *juillet*. Constriction toujours très forte des mâchoires, nouvelles *tentatives infructueuses d'introduction de la sonde par le nez*.

L'ouverture de la bouche à l'aide des clefs continue à être longue et très pénible : les dents s'usent, les gencives saignent, la bouche se remplit de salive sanguinolente; pendant la lutte, la figure du malade se congestionne et s'échauffe, des larmes coulent, les artères temporales battent avec force.

Un coup de tonnerre très fort qui a eu lieu hier a tout à coup fait lever le malade sur son séant.

20 *juillet. On est forcé d'introduire la sonde par la bouche*.

Maigreur très grande, faiblesse extrême; haleine très fétide; diarrhée, fièvre.

21. M. C... a bu seul un peu de lait; il a dit quelques mots, a voulu se lever.

22. Le malade prend un peu de bouillon; il est retombé dans son mutisme. Respiration gênée, râle crépitant à droite, fièvre, diarrhée.

Persistance du mutisme, immobilité, regard fixe; la diarrhée a continué, et la mort a eu lieu le 25.

On avait cessé le 21 l'emploi de la sonde œsophagienne;

des vésicatoires et des sinapismes avaient été appliqués dans les derniers jours.

Autopsie. Les fosses nasales sont saines.

La paroi postérieure du pharynx, à sa partie supérieure, est d'une couleur ardoisée foncée, presque noire; le tissu cellulaire sous-muqueux est lui-même comme ecchymosé, mais on n'y voit pas du sang en nature.

A gauche du pharynx, en descendant, on trouve une plaque noirâtre de trois ou quatre lignes de large, au-dessous de laquelle le tissu cellulaire sous-muqueux paraît plus malade.

Outre l'altération de la partie supérieure, on remarque encore à la partie moyenne du pharynx plusieurs taches noires.

Les ligaments crico-arythénoïdiens, et une partie de la face supérieure de l'épiglotte, ont la même couleur.

Ces plaques noires nous paraissent être partout de la même nature et le résultat de véritables ecchymoses.

Rien dans la trachée ni l'œsophage; la muqueuse gastrique, sur la grande courbure, et à trois pouces environ du pylore, présente des plaques d'un rouge vif.

Près du cardia, cette membrane est au contraire pâle, amincie, très molle, et elle s'enlève facilement avec l'ongle.

Rien de remarquable dans les autres viscères abdominaux.

Le lobe inférieur du poumon gauche est hépatisé. Le droit est fortement engoué.

La pie-mère était extrêmement rouge et très injectée; elle n'adhérait point à la surface des circonvolutions. Après l'enlèvement des membranes, cette surface apparaît piquetée de gouttelettes de sang.

Substance grise corticale, à peine un peu rosée dans quelques points.

Substance blanche injectée, mais assez ferme, peut-être même un peu plus que dans l'état normal.

J'ai retranché de cette observation, déjà très longue, beaucoup de détails; mais j'ai dû insister sur tout ce qui se rattachait au cathétérisme œsophagien.

On a vu que cette opération a été essayée par les fosses nasales environ *seize fois* en dix jours, et qu'elle a échoué *huit fois*. Dans chacun de ces cas, l'introduction de l'instrument a été renouvelée à plusieurs reprises. *Huit fois*, au contraire, le cathétérisme a réussi, et l'injection du lait ou du bouillon a pu avoir lieu.

On s'étonne d'abord qu'avec les mêmes instruments et sur le même malade, on ait obtenu des résultats aussi différents. L'opération n'ayant pas toujours été faite par les mêmes personnes, on serait porté à penser que le plus ou moins d'habileté de ces personnes a pu y être pour quelque chose, mais il n'en a pas été ainsi. Vingt fois, en effet, le même opérateur réussit ou échoue, selon que la sonde se replie ou non sur la base de la langue. Ainsi, j'ai par hasard noté le nom du médecin qui tenta vainement de pratiquer le cathétérisme le 12 juillet, et il me suffirait de le nommer pour prouver qu'on ne pouvait trouver personne qui eût une plus grande habitude de ces sortes d'opérations.

J'ai vu M. Blanche fils, interne à la Salpêtrière, sonder un jour une malade avec une extrême facilité et ne pouvoir y parvenir le lendemain.

Ces faits sont d'ailleurs si communs, qu'il est inutile d'en citer un plus grand nombre, parce que tout le monde les a observés.

On rencontre souvent l'obstacle de la base de la langue, alors que le malade ne fait aucun effort pour s'opposer à l'opération. On concevra facilement qu'il doit en être ainsi.

si l'on songe que la sonde, par cela même qu'elle s'est recourbée en haut du pharynx, a de la tendance à revenir en avant et à s'éloigner de la paroi postérieure. L'extrémité doit donc rencontrer souvent la base de la langue et le larynx.

Si la sonde est molle, il peut arriver qu'on ne s'aperçoive pas de l'obstacle, et alors elle se recourbe dans le pharynx et dans la bouche.

J'ai vu dernièrement, dans une maison de santé, un médecin très habitué à pratiquer le cathétérisme œsophagien, mais qui, en même temps, se sert d'une sonde très petite et très molle. essayer en vain de faire pénétrer une injection de bouillon. On crut d'abord que l'obstacle venait de la seringue; mais le malade ayant ouvert la bouche, on s'aperçut que le tube était entièrement replié dans cette cavité. Ce même aliéné, quelques jours auparavant, avait ainsi presque complètement coupé une sonde avec ses dents.

Chez une mélancolique dont je rapporterai plus loin l'observation, M. Bouland, interne à la Salpêtrière, s'étant servi une seule fois d'une sonde sans conducteur, cette sonde s'est repliée sur la base de la langue, et est sortie par la bouche.

L'introduction de la sonde dans le larynx est encore une des difficultés du cathétérisme de l'œsophage. La tendance qu'a l'instrument à revenir en avant explique ce fait, qui peut, comme je le dirai plus bas, devenir un danger grave, si on ne s'aperçoit pas de la fausse route dans laquelle on s'est engagé.

Il peut arriver que l'introduction de la sonde dans le larynx se renouvelle plusieurs fois de suite, tandis que le même accident ne se reproduit plus pendant très longtemps. Comme la sonde est abandonnée à elle-même et

qu'on ne peut la diriger, tout cela est soumis au hasard. Il y a peu de temps, deux internes de la Salpêtrière ont fait pénétrer quatre fois de suite la sonde dans le larynx chez la même malade, et l'opération n'a pu être terminée qu'après *plus d'une heure* employée en tentatives infructueuses (1).

Je pourrais rapporter ici d'autres faits dans lequels le cathétérisme de l'œsophage a offert de graves difficultés.

M. Dupuy, interne à Bicêtre, a vu la sonde pénétrer cinq ou six fois de suite dans le larynx, ce qui força de renoncer à l'opération.

Trois ou quatre fois il a vu la sonde se replier au niveau de la base de la langue et revenir par la bouche.

M. le Dr Singett, attaché à l'asile des aliénés de Dumfries, a vu aussi le tube œsophagien se replier sur la base de la langue de manière à rendre impossible l'introduction de l'instrument. Il ouvrait alors de force la bouche du malade, et faisait pénétrer les aliments à l'aide d'un appareil particulier dont il est l'inventeur.

Les faits qui précèdent me paraissent pouvoir se résumer de la manière suivante :

1° Le cathétérisme de l'œsophage chez les aliénés offre souvent des difficultés très grandes, qui forcent de renouveler les tentatives deux, trois et jusqu'à cinq et six fois;

2° Ces difficultés sont quelquefois insurmontables, et on est obligé de renoncer à l'introduction de la sonde par les narines. (Observation d'Esquirol, de MM. Trélat et Barbier.)

3° L'obstacle principal vient de la base de la langue, sur

(1) Je tiens ce fait de l'un des élèves, et je le note ici comme un exemple de plus des obstacles qu'on rencontre souvent et qu'il n'est pas donné aux plus habiles d'éviter.

laquelle la sonde se replie de manière à revenir parfois dans la bouche du malade;

4° Cet obstacle peut être créé par la volonté de l'aliéné, qui s'oppose ainsi à l'introduction de la sonde.

§ II. — Des dangers du cathétérisme de l'œsophage chez les aliénés.

Hémorrhagies nasales. — J'ai vu un malade qui perdit une livre de sang environ à la suite de l'opération. Cette hémorrhagie, dans le cas particulier dont il s'agit, n'eut aucun mauvais résultat; mais il en pourrait être tout autrement, et un accident de ce genre serait très fâcheux chez un aliéné déjà plus ou moins affaibli. Je n'ai d'ailleurs depuis quinze ans, sur plusieurs centaines d'opérations, observé qu'une seule fois une hémorrhagie aussi forte, et je ne crois pas que le cathétérisme œsophagien ait jamais occasionné aucun désordre grave dans les fosses nasales.

Perforation du pharynx. — Le danger de la perforation du pharynx n'est que trop réel, et j'ai observé un cas dans lequel cette perforation fut suivie de mort. Ce fait me paraît assez important pour être rapporté avec détails.

Observation deuxième.

Cathétérisme œsophagien chez un mélancolique ; perforation du pharynx ; emphysème ; abcès ; mort le troisième jour.

Le nommé F..., sous-officier vétéran, âgé de quarante-six ans, était tombé sans cause connue dans un état de lypémanie pendant lequel il refusait de prendre des aliments. On fit de vains efforts pour vaincre son obstination, et il fallut avoir recours à la sonde œsophagienne.

Le malade, assis sur une chaise, fut maintenu par plu-

sieurs infirmiers; l'introduction de la sonde offrit quelques difficultés, et on ne parvint à traverser la fosse nasale droite qu'après plusieurs tentatives, et non sans avoir provoqué l'écoulement d'un peu de sang. La sonde ayant suffisamment pénétré pour qu'on la crût arrivée dans l'œsophage, on essaya de pousser l'injection; mais ce fut en vain; on dut retirer l'instrument et l'introduire une seconde fois. L'injection devint alors facile, et on fit prendre ainsi deux potages et un peu de vin.

Jusque-là on n'avait encore soupçonné aucun accident; mais quand on enleva au malade la serviette qu'on lui avait attachée sous le menton pour garantir les vêtements, on aperçut au bas du cou un gonflement déjà considérable, et qu'on reconnut bientôt pour de l'emphysème. L'opération avait été faite à huit heures du matin. J'arrivai auprès du malade à neuf heures, et je le trouvai dans l'état suivant :

La partie antérieure du cou est très tuméfiée; la peau de cette partie est légèrement tendue, et on sent en la déprimant une crépitation bien évidente, mais assez profonde; on dirait qu'il y a un espace vide entre la peau et le tissu crépitant.

Le malade est assis dans son lit; sa respiration n'est pas sensiblement gênée; expectoration de crachats sanguinolents; léger écoulement de sang par le nez. Pouls petit et fréquent. Cet homme essaie quelquefois de parler et ne peut y parvenir.

A onze heures, la tuméfaction a gagné la face, et en bas elle s'est étendue à la partie antérieure de la poitrine. La peau commence à être légèrement rosée et chaude. Le soir, la tuméfaction a diminué un peu à gauche, mais elle est aussi considérable à droite. Rougeur sur presque toute l'étendue de la partie tuméfiée.

Le 2 novembre, la tumeur a diminué, et le malade, après une application de sangsues, s'est trouvé un peu soulagé. Cependant il ne peut encore parler ; il n'a pas eu de sommeil et a beaucoup souffert pendant la nuit.

Le soir, la fièvre, qui jusque-là avait été peu sensible, augmente beaucoup; la tumeur est rosée et chaude; la peau très tendue.

3 *novembre.* La nuit a été assez bonne; il y a moins de fièvre, et la tumeur est moins tendue.

4 *novembre.* La tumeur conserve l'impression du doigt ; la rougeur s'étend à la partie antérieure de la poitrine. Fièvre assez forte, respiration fréquente et gênée, matité à gauche et en arrière, absence de bruit respiratoire. Le malade n'avale que très difficilement les boissons ; mais il parle mieux que le premier jour. Faiblesse, prostration.

5 *novembre.* La tuméfaction du cou a beaucoup diminué; il n'y a plus de rougeur qu'à la partie antérieure de la poitre; on sent du pus infiltré dans le tissu cellulaire; respiration très gênée et très fréquente; peau chaude et sèche, pouls extrêmement fréquent. La langue est sèche, l'épigastre très sensible; point de sommeil.

Le malade s'affaiblit de plus en plus, et succombe le soir à six heures.

Autopsie. — Le tissu cellulaire du cou est infiltré de pus dans toute sa partie antérieure.

On trouve en haut du pharynx, vis-à-vis de l'ouverture de la fosse nasale du côté droit, une ecchymose assez large et bientôt on découvre dans ce point une déchirure de 5 à 6 lignes de long. Les deux bords de cette plaie se touchent, ce qui a empêché de l'apercevoir dès le premier moment. Vis-à-vis de cette ouverture faite au pharynx, commence une sorte de trajet fistuleux entre le pharynx, l'œsophage et la colonne vertébrale. Ce trajet s'étend jusqu'au milieu

de la poitrine; mais l'infiltration purulente va jusqu'au diaphragme. Le reste du pharynx et l'œsophage sont sains.

On ne trouve rien au larynx ni dans la trachée. Le pus a fusé dans le médiastin antérieur et s'y est accumulé. Il y a, dans la plèvre du côté gauche, un épanchement séro-purulent assez considérable qui refoule le poumon. Un grand nombre de lambeaux pseudo-membraneux flottent au milieu de cet épanchement. Le péricarde contient aussi de la sérosité trouble et floconneuse, et quelques fausses membranes commençantes.

La muqueuse de l'estomac est d'un rouge très vif; la rougeur est disséminée par plaques très rapprochées; la muqueuse de l'intestin grêle est aussi très rouge; en outre, elle est tapissée par une matière liquide et noire qui ressemble à du sang altéré.

Cerveau. — Injection très vive de la pie-mère; injection fine de la substance blanche ; d'ailleurs rien qui mérite d'être noté.

Il importe surtout de remarquer, dans cette observation, le siège de la déchirure faite au pharynx. Cette déchirure a eu lieu à la partie supérieure de cet organe, et vis-à-vis de la fosse nasale droite, par laquelle la sonde avait été introduite. Cette sonde, qui n'était pas dirigée par un mandrin courbe, est arrivée à angle droit sur la paroi postérieure du pharynx, et la perforation n'a pu avoir lieu que pendant l'effort qu'on a fait pour la recourber. La membrane muqueuse, à la partie supérieure du pharynx, est assez mince, mobile, et on conçoit que l'extrémité de la sonde a pu, pour ainsi dire, s'en coiffer en la poussant devant elle, et ensuite la perforer. Peut-être un mouvement du malade qui se débattait a-t-il contribué à produire cet accident.

Il est probable, d'ailleurs, que l'accident est arrivé pendant la première introduction de la sonde, alors que l'injection ne put avoir lieu ; l'opérateur, n'ayant été averti par rien, réintroduisit l'instrument et fit l'injection.

Il est probable aussi que la sonde avait été poussée entre la colonne vertébrale et le pharynx, et c'est ce que semblent démontrer les désordres trouvés à l'autopsie.

M. de Crozant m'a dit avoir vu un aliéné qui, comme celui dont je viens de rapporter l'observation, eut des abcès étendus au col à la suite d'une lésion du pharynx produite par la sonde œsophagienne. La mort fut aussi la conséquence de cet accident.

Si on se rappelle l'effort qu'il faut faire pour replier les grosses sondes œsophagiennes à la partie supérieure du pharynx, on s'étonnera que des perforations n'aient pas eu lieu dans un plus grand nombre de cas. J'ai déjà cité plus haut l'observation d'un mélancolique chez lequel on rencontra sur la muqueuse pharyngienne de larges ecchymoses produites par la pression de la sonde, et ce fait n'est pas le seul que j'aie observé.

Les déchirures du pharynx ou de l'œsophage pourraient encore avoir lieu très facilement, lorsqu'après avoir introduit la sonde dans le pharynx on essaye de faire pénétrer un mandrin en baleine pour servir de conducteur. Ce mandrin peut, en effet, sortir par les yeux de la sonde et aller directement déchirer la muqueuse. C'est à tort que ce moyen a été quelquefois employé, car il est très dangereux. Je dirai d'ailleurs plus loin comment on peut, dans ce cas, se mettre à l'abri de tout accident.

Il me reste, avant de terminer ce qui a trait à ce point, à rapporter un cas singulier observé à la Salpêtrière par M. Trélat. Comme on le verra, tout devait faire supposer que le pharynx ou l'œsophage avaient été perforés par la

sonde œsophagienne. L'autopsie seule fit reconnaître qu'on s'était trompé.

Observation troisième.

« G..., âgée de vingt-huit ans, est entrée le 29 août 1845 dans la section de traitement temporairement confiée à mes soins. Cette malade avait été prise d'un accès de mélancolie quelques jours seulement avant son admission. Elle demeurait habituellement avec son père et sa belle-mère, s'occupant un peu de tout, travail de couture et soins du ménage. Déjà triste, elle alla voir une de ses sœurs. On ne sait ce qui se passa entre elles, mais elle en revint troublée, agitée, perdit le sommeil. Quand elle s'endormait, elle ne tardait pas à s'éveiller en criant et prétendant voir des saints autour de son lit. Elle mangeait peu ou point. On prescrivit et on pratiqua une saignée du bras. La malade prit plusieurs bains froids et reçut des douches qui l'agitèrent davantage.

« On la transporta à la Salpêtrière. A son arrivée, la maigreur est déjà très grande ; elle a une petite toux sèche à laquelle on fait d'abord peu d'attention, mais que les parents avaient remarquée, la croyant poitrinaire comme l'une de ses sœurs. Sa grand'mère est morte aliénée; sa mère l'a été à peu près seize années en plusieurs fois, et a succombé après avoir souffert fort longtemps de la gorge. Elle a une sœur dont l'intelligence est peu développée.

« Très agitée après son installation dans le service, elle parle beaucoup, ne veut pas manger, prétend que Dieu le lui défend. Ce n'est qu'après l'avoir longtemps tourmentée qu'on parvient à lui faire avaler de force quelques cuillerées de bouillon. Deux fois elle consent à manger deux tartines de beurre et de confiture qu'on lui présente *par la volonté*

du ciel; mais immédiatement après elle se refuse plus que jamais à toutes les exhortations. Le pouls devient petit, la peau froide, l'haleine fétide. On est forcé dès les premiers jours de septembre, de recourir à la sonde œsophagienne et aux lavements de bouillon. Le 12, M. Boraud, interne, au moment où il vient d'injecter du bouillon dans l'estomac, voit tout à coup avec effroi une tumeur à la partie droite du cou. Plein d'anxiété, il retire la sonde, examine cette tumeur qui crépite sous la pression, et demeure convaincu qu'il a fait fausse route et perforé l'œsophage et les voies aériennes. On applique des compresses froides sur cette tumeur qui diminue de volume; et quand je suis prévenu des faits, à ma rentrée dans l'hospice, je ne trouve plus rien. Je console M. Boraud qui éprouvait un vif chagrin, et je le persuade qu'il s'est trompé. Le lendemain, 13, il nous quittait pour prendre un autre service à l'hôpital Saint-Louis. Je parvins à le rassurer en lui montrant la malade tranquille et sans tumeur. M. Courtillier, interne provisoire, injecte sans aucun accident une semoule claire dans l'estomac, puis un demi-verre de vin. Depuis ce temps, les injections se font beaucoup mieux qu'auparavant, l'haleine cesse d'être fétide, la langue s'humecte, le pouls se relève. M. Boraud vient avec inquiétude prendre des nouvelles de sa malade, et la trouve en bien meilleur état. Pendant cinq jours, ce progrès satisfaisant continue. On peut lui faire avaler du bouillon, de légers potages et du vin sans employer la sonde; elle suce des tranches d'orange, mange quelques fraises et paraît renaître.

« Je me félicitais de cet heureux changement, quand tout à coup, le 17 au matin, nous trouvons la face vultueuse, les yeux brillants, la langue sèche, la peau chaude, le pouls radial filiforme, tandis que les carotides font sentir de violentes pulsations. La tumeur a reparu. Je la vois pour la

première fois, et j'y sens crépiter de l'air. La pauvre malade meurt le soir à cinq heures.

« L'élève interne, M. Courtillier, qui fit l'ouverture du corps, découvrit un vaste foyer purulent occupant toute la région antérieure du cou. Les muscles de la région sus et sous-hyoïdienne étant disséqués, on reconnaît que le pus a fusé sous les clavicules, sous le sternum, et occupe tout le médiastin antérieur. Convaincu qu'il y a eu perforation de l'œsophage, on la cherche partout sans la trouver. Cet organe est sain et intact. Il n'offre, non plus que l'estomac, aucune trace d'inflammation. Saisi d'étonnement, on examine de nouveau, on poursuit les investigations, et l'on s'aperçoit que le pus a dénudé toute la partie postérieure et le côté droit de la trachée. On ouvre ce conduit aérifère, et on voit, un peu au-dessus du larynx, la membrane muqueuse, dans la moitié de son pourtour en arrière et à droite, couverte de petites ulcérations, et, au milieu de cette portion malade, une perforation assez considérable pour laisser passer un stylet. L'ouverture était due aux ulcérations, dont on voyait sourdre le pus lorsqu'on pressait les parois de la trachée. L'inflammation était limitée à 2 ou 3 centimètres en tous sens. Les cris de la malade, les douches et les bains froids l'avaient-ils causée, ou bien faut-il, quand on se rappelle les circonstances héréditaires si fâcheuses qui pesaient sur elle, en chercher de ce côté le principe ? On n'a pas oublié que sa mère, selon ce qu'on nous a rapporté, est morte d'un très long mal de gorge. Les autres organes examinés, les poumons, les intestins, le cerveau, les membranes et la moelle épinière n'offraient aucune lésion.

« Cette observation est pleine d'intérêt. La malade n'était pas morte d'une perforation œsophagienne ; l'œsophage n'avait pas été lésé ; l'élève interne ni la sonde n'étaient pour rien dans les accidents survenus, car il n'était pas

possible que l'instrument ait fait fausse route et percé directement la trachée. Tous les motifs, disons mieux, les faits les plus précis, repoussent victorieusement cette pensée : 1° la malade n'a pas toussé lors de l'introduction de la sonde; 2° le bouillon injecté n'est pas revenu, n'a déterminé non plus aucune toux, il a donc pénétré parfaitement dans l'estomac; 3° la petite ouverture trouvée à la trachée et souffrant seulement le passage d'un stylet de trousse était bien loin de permettre celle de l'extrémité d'une sonde œsophagienne. Il serait absurde et puéril de s'arrêter à une supposition dont trois faits si positifs établissent l'impossibilité. »

Je suis convaincu, comme M. Trélat, qu'il n'y a eu qu'une coïncidence entre la perforation de la trachée et le cathétérisme de l'œsophage, et j'en trouve surtout la preuve dans l'absence de la toux et dans la petitesse de l'ouverture qui permettait à peine le passage d'un stylet. Quant à l'injection du bouillon qui n'a déterminé ni toux ni symptômes d'asphyxie, je crois qu'il faudrait dans des cas analogues distinguer avec soin ceux où l'instrument a pénétré sans que l'opérateur ait été momentanément arrêté, par aucun obstacle de ceux où il en a été autrement. La sonde n'est pas toujours introduite d'emblée, et il arrive souvent qu'on est arrêté, puis qu'on termine l'opération quelques secondes plus tard. Quelquefois on pénètre ainsi dans la trachée, mais, averti par l'anxiété qu'éprouve le malade, on retire un peu l'instrument qui s'engage immédiatement dans l'œsophage. Si une lésion était produite dans le larynx, elle ne serait en aucune manière révélée par l'injection du bouillon. Autre chose est, en effet, d'introduire pendant quelques secondes la sonde dans le larynx et la trachée, ou de l'y laisser et d'y faire l'injection. Dans les cas analogues, il serait donc avant tout important de

savoir si le cathétérisme a eu lieu sans aucune difficulté, sans arrêt même momentané de la sonde ; il faudrait savoir si le malade n'a pas éprouvé pendant quelques secondes de la suffocation, qu'on a fait cesser en retirant un peu l'instrument.

Dans le fait rapporté par M. Trélat, le doute n'est pas possible, mais les remarques qui précèdent pourraient trouver leur application dans d'autres cas qui peuvent surtout se présenter chez des malades atteints de rétrécissements organiques de l'œsophage.

En résumé on voit:

1° Que la perforation du pharynx est un des accidents à redouter dans le cathétérisme de l'œsophage chez les aliénés;

2° Que cette perforation est plus particulièrement à craindre, lorsqu'on se sert de sonde sans mandrin courbe. Ces sondes arrivant à angle droit sur la paroi postérieure du pharynx ont de la peine à s'y recourber, et c'est dans l'effort qu'on fait pour y parvenir que la déchirure de la muqueuse peut avoir lieu.

Injection des aliments dans la trachée-artère. — Des faits déjà assez nombreux prouvent que le larynx n'a point, au moins chez certains individus, une sensibilité aussi vive qu'on serait tenté de le croire. Le sentiment d'anxiété et de suffocation que détermine souvent l'entrée d'une sonde dans le larynx manque quelquefois, ou cesse si rapidement qu'on peut, surtout chez certains malades, ne pas s'apercevoir de la fausse route dans laquelle l'instrument s'est engagé. Les deux faits suivants prouvent qu'on a pu alors aller jusqu'à pousser une injection d'aliments dans les voies aériennes. La première observation m'a été communiquée par un jeune médecin attaché à une maison de santé ; la seconde est empruntée aux *Annales médico-psychologiques*.

« Une dame âgée de cinquante ans, vivant en province, devint veuve, et son caractère, naturellement porté à la mélancolie, s'assombrit de plus en plus; elle arrive en peu de temps à un degré prononcé de lypémanie, avec prédominance de sentiments religieux. Assiégée de scrupules et de remords sans fondement, elle conçoit bientôt le projet de se laisser mourir de faim. Déjà, depuis trois jours, elle pratique son système d'abstinence sans que les instances de ses parents aient réussi à lui faire prendre autre chose qu'un bouillon et quelques tasses de tisane; sa santé est considérablement altérée ; sa maigreur habituelle s'est accrue d'une manière sensible depuis quelques jours; sa bouche est sèche, son haleine fétide; les yeux sont animés, brillants; le pouls très petit et fréquent. Dans cet état, la malade est confiée aux soins d'un médecin de mérite, livré à la spécialité des maladies mentales; il use sans succès de tous les moyens de persuasion pour la faire manger, et, jugeant qu'il y a danger imminent à laisser se prolonger l'abstinence, il prend le parti d'introduire de force des aliments dans l'estomac. La malade étant maintenue assise sur une chaise solide, on s'empare de ses mains, qu'un aide tient derrière la chaise; un autre contient la tête appuyée sur sa poitrine, et rapproche les ailes du nez de la cloison jusqu'à complète occlusion. Deux bouchons de liège sont alors glissés entre les arcades dentaires, et dans leur écartement on fait passer, avec une cuillère, du potage de fécule bien liquide; mais la malade, poussant avec force l'air expiré contre la luette et la portion mobile du voile du palais, rejette tout au dehors. On se sert alors d'une sonde ordinaire introduite par les fosses nasales jusqu'au pharynx; les efforts désespérés de la malade rendent encore ce moyen inutile. Ses mouvements déplacent à chaque instant la sonde, de sorte que l'injection de l'aliment

commence à pénétrer dans les voies aériennes ou arrive seulement dans l'arrière-bouche, d'où les efforts d'expiration l'expulsent facilement. Témoin auxiliaire des tentatives faites contre l'obstination de cette malade, je propose d'écarter les arcades dentaires au moyen d'un spéculum bivalve garni d'un linge, et par l'ouverture duquel on introduira, jusque dans l'œsophage, une sonde de dimension moyenne sans avoir à craindre l'obstacle apporté par les mouvements de la langue, dont la malade se sert avec une énergie furieuse. Cet avis est suivi, et la sonde introduite; on retire alors le spéculum, qu'on remplace par les bouchons de liège, puis on pousse les injections. La sonde avait-elle été introduite de prime abord dans le larynx sans qu'il se fût manifesté ni effort de toux, ni spasme, ni suffocation, ou y pénétra-t-elle dans les mouvements violents que faisait continuellement la malade, et qui purent bien la déplacer? Toujours est-il, qu'après quelques injections, du râle muqueux se fit entendre dans la poitrine : le médecin chargé de la direction de la malade fut averti; mais, préoccupé sans doute du danger immédiat de l'abstinence, et pensant qu'une petite quantité de liquide, introduite accidentellement dans la trachée-artère, suffisait pour produire un râle muqueux prononcé, il insista quelques secondes encore.

« Cette fois ce liquide, repoussé par l'expiration et entraîné par l'inspiration, faisait entendre le râle muqueux trachéal jusque dans la partie supérieure de la sonde, qui fut aussitôt retirée; mais il était trop tard.

» La malade s'affaissa tout d'un coup sur elle-même; les veines du cou et de la face étaient considérablement tuméfiées; la face devint livide et bleuâtre. Je fis incliner la tête, et j'écartai avec les doigts les arcades dentaires, espérant faire écouler au moins une partie du liquide in-

jecté; j'essayai de produire le vomissement mécanique avec le doigt porté rapidement sur la luette; j'ouvris la veine jugulaire de chaque côté, et j'imprimai à la poitrine les mouvements propres à produire la respiration artificielle : mais tous ces moyens furent inutiles; la malade expira après quelques secondes. »

J'ai cité textuellement ce fait tel qu'il m'a été communiqué.

La mort a évidemment eu lieu par asphyxie, et les détails sont si précis, qu'on ne saurait conserver aucun doute.

OBSERVATION CINQUIÈME.

Un accident du même genre est arrivé à l'hospice de Bicêtre, chez un mélancolique qui mettait une telle obstination à refuser toute nourriture, qu'on avait aussi été forcé d'avoir recours aux injections avec la sonde œsophagienne. « Un jour, au milieu de l'infirmerie, dit M. Thore, nous pratiquions cette injection comme nous le faisions d'ordinaire tous les matins et sans avoir rien remarqué de particulier dans l'état de ce malade, lorsque tout à coup il pâlit, perd connaissance, les lèvres sont décolorées, les cornées sont ternes, le cœur a cessé de battre; et il est porté sur son lit comme mort. C'était heureusement au moment de la visite, et les secours les plus actifs lui furent immédiatement donnés : frictions sur la région du cœur, insufflation, sinapismes, etc. Ce n'est qu'au bout de dix minutes qu'on parvint à le rappeler à la vie. Il succomba cependant quelques jours après, mais sa mort fut moins le résultat de la bronchite, qui fut la conséquence de l'injection d'un corps étranger dans les bronches, que de l'état de marasme dans lequel l'avait plongé le manque d'aliments (1). »

Le malade qui fait le sujet de cette observation ne succomba pas immédiatement; mais nul doute que l'injection

dans les voies aériennes, et la bronchite qui en fut la conséquence, n'aient contribué à hâter la mort.

Il y a des cas dans lesquels on pourrait craindre à tort d'avoir fait une injection dans les voies aériennes. Une mélancolique, déjà âgée, est amenée à l'hospice de la Salpêtrière dans un grand état de maigreur. On n'avait sur elle aucun renseignement, et elle ne put en donner elle-même. Elle refusa de manger peu après son entrée, et l'abstinence durait à peine depuis deux jours, que déjà la faiblesse était devenue extrême.

On dut alors recourir à la sonde œsophagienne. L'introduction de l'instrument n'offrit aucune difficulté, mais immédiatement après qu'il eut été retiré, la malade fut prise d'un râle trachéal assez fort, et l'interne qui avait pratiqué l'opération craignit que le liquide n'eût, au moins en partie, pénétré dans les voies aériennes. Le râle continua quel ques heures, puis il cessa complètement. Cette femme n'en succomba pas moins dans la nuit.

L'autopsie fut faite avec beaucoup de soin; la trachée et les grosses bronches furent minutieusement examinées, mais on ne put rien découvrir. L'estomac, au contraire, contenait encore en assez grande quantité un liquide qui, quoique altéré, ressemblait cependant à du bouillon.

J'avais déjà antérieurement observé un fait semblable chez un aliéné paralytique. Un râle trachéal très fort avait aussi suivi immédiatement l'opération, puis il s'était dissipé.

Ces faits paraissent faciles à expliquer.

Quand on ferme avec le doigt le pavillon de la sonde avant de la retirer de l'œsophage, cette sonde retient toujours une certaine quantité de liquide, qui s'écoule aussitôt qu'on cesse de tenir le doigt appliqué sur l'extrémité de l'instrument.

Si on néglige cette précaution, le liquide que renferme encore la sonde s'écoule peu à peu pendant qu'on la retire, et il peut tomber dans le larynx. Ce qui le prouve, c'est que l'extraction de l'instrument est alors très souvent suivie d'une petite quinte de toux.

Si la quantité de liquide introduite dans les voies aériennes est plus considérable, et que le malade soit très affaibli, on observera le râle trachéal dont j'ai parlé, et qui ne prouve pas, comme on le voit, que l'injection ait pénétré dans les voies aériennes. Je suis, en effet, convaincu que l'asphyxie doit alors être immédiate, comme elle l'a été dans les deux faits cités plus haut.

Danger du vomissement pendant l'opération du cathétérisme de l'œsophage. — M. Mérat a signalé des cas d'asphyxie produite par l'entrée des aliments dans les voies aériennes lorsque le vomissement a lieu dans certaines conditions (1). Ainsi, des hommes en état d'ivresse, et couchés sur le dos, sont morts de cette manière, par suite de l'entrée des aliments dans le larynx. On a vu aussi des enfants très jeunes succomber par la même cause. Des accidents semblables pourraient-ils être produits par le vomissement pendant l'opération du cathétérisme de l'œsophage, dans les cas surtout où les malades sont maintenus couchés sur le dos? Aucune observation positive ne m'autorise à répondre par l'affirmative, mais le fait suivant, que je regrette de ne pouvoir pour ainsi dire qu'indiquer, et qui m'a été communiqué par M. Dupuy, pourrait le faire croire.

(1) *Dictionnaires des sciences médicales*, t. XXIV, p. 376.

OBSERVATION SIXIÈME.

Un malade chez lequel on avait introduit la sonde œsophagienne, matin et soir, pendant sept à huit jours, succomba tout à coup dans les circonstances suivantes :

La sonde avait été introduite comme d'habitude, et sans aucune difficulté. Le malade avait parlé, et n'offrait aucune gêne de la respiration. On était donc certain que l'instrument était dans l'œsophage. Si d'ailleurs on avait pu avoir quelques doutes à cet égard, une première injection de semoule les aurait fait cesser. Cette injection ne fut, en effet, accompagnée d'aucun accident, seulement le malade *cracha* une partie de la semoule. Une seconde injection eut lieu, mais elle n'était pas encore terminée lorsque tout à coup la semoule fut rejetée avec force par le nez et par la bouche; en même temps l'aliéné s'affaissa et succomba immédiatement.

A l'autopsie, on trouva dans l'estomac deux ou trois verres de liquide ne contenant plus de semoule. Il en existait, au contraire, plusieurs grains à l'orifice du larynx. Rien dans la trachée ni les bronches. D'ailleurs aucun désordre qui puisse expliquer la mort subite.

Cette observation est assurément très incomplète ; elle offre en outre, quant à l'autopsie, plusieurs particularités difficiles à comprendre. Cependant il importe de faire remarquer : 1° qu'une première injection avait eu lieu sans accident; 2° que le vomissement est survenu pendant qu'on faisait la seconde ; 3° que le malade est très probablement mort asphyxié.

Je me bornerai à rapprocher cette circonstance, du vomissement et de l'asphyxie, en rappelant les faits observés par M. Mérat. J'ajouterai cependant que le malade était

très agité, et que, pendant l'opération, quatre hommes le maintenaient *couché* sur son lit. Le vomissement, dans cette position, a dû certainement favoriser, et le rejet des matières vomies par le nez, et très probablement leur entrée dans le larynx. C'est un fait qui n'est pas indifférent pour la position à faire prendre aux aliénés, pendant qu'on pratique chez eux le cathétérisme de l'œsophage.

Les faits qui précèdent peuvent se résumer dans les propositions suivantes :

1° Il existe plusieurs exemples d'asphyxie produite chez les aliénés par l'injection des aliments dans la trachée.

2° Dans quelques cas, la petite quantité de liquide que retient encore la sonde après l'injection terminée, tombe en partie au moins dans le larynx pendant qu'on retire l'instrument. Chez les malades très affaiblis, ce liquide semble suffire pour produire un râle trachéal assez fort.

3° L'asphyxie paraît être à craindre lorsque le malade, maintenu sur le dos, vomit tout à coup pendant l'injection des aliments.

§ III. — Des moyens de diminuer les difficultés et de prévenir les dangers du cathétérisme de l'œsophage chez les aliénés.

En étudiant les difficultés et les dangers du cathétérisme de l'œsophage, j'ai établi plus haut, 1° que la sonde œsophagienne, sans conducteur, vient heurter à angle droit sur la paroi postérieure du pharynx, et qu'elle est souvent arrêtée dans ce point; 2° que c'est alors que la muqueuse pharyngienne peut être perforée ; 3° qu'une fois cet obstacle de la partie supérieure franchi, la sonde, un peu recourbée en avant, rencontre souvent la base de la langue, sur laquelle elle se replie.

Pour surmonter ces obstacles, il faudrait que l'instrument pût remplir les conditions suivantes :

1° Qu'il arrivât tout courbé dans le pharynx afin d'éviter les efforts qu'on est obligé de faire pour le replier à la partie supérieure de cette cavité;

2° Que cet instrument, après ce premier obstacle franchi, redevînt droit, pour ne pas rencontrer la base de la langue et le larynx;

3° Que la sonde eût assez de consistance pour ne pas se replier sur la base de la langue, dans les cas si nombreux où cet obstacle ne peut être évité.

La sonde à double mandrin me paraît remplir ces trois conditions.

Sonde à double mandrin. — Cette sonde, longue de 40 centimètres, diffère des sondes œsophagiennes ordinaires par son volume, beaucoup moindre, et par son extrême flexibilité. On peut lui faire des parois aussi minces que possible, de manière à lui donner plus de capacité sans augmenter son volume. Les premières qui m'ont été fournies étaient si molles, qu'on pouvait les rouler autour du doigt comme un ruban L'instrument est terminé par un pavillon au-dessous duquel une virole métallique soutient une sorte de petite pince qui s'ouvre et se ferme à l'aide d'une vis. A 8 centimètres du pavillon, il y a un petit cercle blanc.

L'œil inférieur est à 2 centimètres du bout de la sonde, qui est aussi arrondi que possible; l'œil supérieur est un peu plus haut; un second cercle blanc est pratiqué à 13 centimètres de l'extrémité.

Cette sonde doit être armée de deux mandrins.

1° Un mandrin en fer *très petit* et *très flexible*, terminé par un anneau à son extrémité externe, et un peu plus long que la sonde.

2° Un second mandrin en baleine, plus long aussi que la sonde, mais recourbé à son extrémité externe. Quand ce mandrin est introduit, on engage la branche recourbée dans la petite pince du pavillon, et on l'y maintient serrée. (Voir la planche III.)

Procédé opératoire. — Pour pratiquer l'opération, on commence par introduire le mandrin en baleine, et par fixer sa branche descendante dans la pince du pavillon. On ajoute ensuite le mandrin en fer et on recourbe la sonde à son extrémité. Le mandrin en baleine, qui, par son élasticité tend à se redresser, est maintenu recourbé par le mandrin en fer. Il ne reste plus qu'à graisser l'instrument avec de l'huile.

Le malade est assis ou demi-couché (1), et convenablement maintenu par des aides, s'il oppose de la résistance. La sonde est introduite indifféremment à droite ou à gauche. Quand elle est arrivée à l'extrémité des fosses nasales, on relève le pavillon pour faciliter l'entrée dans le pharynx ; on la fait alors glisser sur le mandrin en fer, jusqu'à ce qu'on soit arrivé au premier cercle blanc. On pince la sonde à l'entrée des narines et on retire le mandrin en fer. Si le calibre de la sonde est assez grand, si les mandrins ne sont pas trop volumineux, cette partie de l'opération est toujours facile et sans douleur. Il n'en serait pas de même si le mandrin en fer était trop gros et peu flexible ; alors, dans l'effort qu'on fait pour le retirer, la sonde pourrait glisser entre les doigts, et on serait obligé de la réintroduire de nouveau. Rien de semblable n'est à craindre si le mandrin en fer est très mince et très flexible.

Dès que le premier mandrin a été retiré, la tige en ba-

(1) J'ai dit plus haut pourquoi il est prudent de ne pas maintenir le malade complètement couché.

leine, maintenue jusque-là courbée, se redresse par son élasticité, et redresse en même temps la sonde, qui s'applique sur la paroi postérieure du pharynx. On pousse alors l'instrument, qui, chez beaucoup de malades, pénètre sans rencontrer d'obstacles, mais qui chez d'autres vient arc-bouter sur la base de la langue. La tige en baleine ne pouvant être brisée par les efforts très faibles qui tendent à faire pénétrer l'instrument, celui-ci ne se recourbe pas, et l'on parvient toujours, après un instant, à introduire la sonde dans l'œsophage; très souvent il suffit, pour le faire immédiatement, de fléchir fortement la tête du malade; quelquefois on imprime à la sonde un mouvement de torsion en la faisant pénétrer au delà de l'obstacle.

Quand on est arrivé dans l'œsophage, on desserre la pince du pavillon, et on enlève le mandrin en baleine.

Avant de faire l'injection, il est très important de bien s'assurer si on n'a pas pénétré dans les voies aériennes.

Ordinairement, on reconnaît cet accident à l'anxiété du malade, dont la figure devient très rouge, et aussi au bruit que fait l'air en traversant la sonde. Le meilleur signe est encore l'*aphonie*; si le malade crie ou parle, on est certain qu'on est dans l'œsophage.

Dans les cas douteux, on devra fermer avec le doigt le pavillon de la sonde, et le malade ne pouvant plus respirer par les yeux de l'instrument, la suffocation deviendra imminente.

Enfin, comme dernier moyen, on pourrait faire une injection exploratrice de quelques gouttes d'eau. Si la sonde est dans la trachée, cette injection suffira pour provoquer la toux et produire un râle trachéal très fort.

Ces précautions ne sont d'ailleurs importantes que chez quelques malades affaiblis qui ne crient ni ne parlent; car dans les autres cas, pour peu qu'on observe le malade

avec soin avant de faire l'injection, on ne peut manquer au moins de concevoir des doutes.

Quand l'injection est terminée, on retire la sonde, en ayant soin de fermer le pavillon avec le doigt; sans cela on s'expose à voir tomber dans les voies aériennes une petite quantité de liquide, que la sonde retient encore dans sa cavité. Ce liquide peut même suffire pour produire, comme on l'a vu plus haut, un râle trachéal très fort.

La sonde doit toujours être introduite par la même narine, parce que cette introduction devient de moins en moins douloureuse.

Il est nécessaire, avant de pratiquer l'opération, de toujours redresser les deux mandrins avec beaucoup de soin.

On ne doit recourber la sonde qu'au moment même de l'introduire, sans cela le mandrin en baleine, retenu trop longtemps courbé, perdrait son élasticité et ne se redresserait plus.

La courbure de la sonde doit aussi être faite avec soin; il faut autant que possible qu'elle soit toujours la même.

Avec l'instrument dont je viens de parler, on n'a à redouter, ni la déchirure du pharynx, ni le repliement de la sonde sur la base de la langue. L'opération est simple et facile et tout à fait sans danger. On verra, dans les deux observations suivantes, la sonde œsophagienne ordinaire échouer *cinq* fois sur *neuf*, et la sonde à double mandrin être introduite sans difficulté plus de *six cents fois* (1).

(1) Il y a un autre procédé dont je me suis servi quelquefois dans ces derniers temps et qui réussit très bien.

La sonde, semblable à celle dont se sert M. le Dr Pressat, est ouverte par ses deux extrémités, et par conséquent n'a pas d'yeux situés latéralement. On a soin que les deux mandrins, un peu plus courts que cette sonde, soient terminés par des anneaux assez larges pour les empêcher de s'engager dans le pavillon de la sonde. L'opération diffère de celle que

OBSERVATION SEPTIÈME.

Suicide héréditaire; lypémanie; refus d'aliments pendant *cent soixante-dix jours*; alimentation forcée à l'aide de la sonde à double mandrin; mort; autopsie; absence de toute lésion dans le pharynx et l'œsophage.

La nommée M..., âgée de trente et un ans, d'une constitution faible, a été conduite à l'hospice de la Salpêtrière, le 11 mai 1846, dans un état de lypémanie. Le père de cette malade a été aliéné, et a fini par se suicider. Une tante paternelle a aussi été atteinte d'aliénation mentale. En outre, presque tous les parents du côté du père ont la tête plus ou moins faible.

M...a toujours eu un caractère égal, plutôt gai que triste; elle était douce, laborieuse, économe, et rien ne pouvait faire prévoir chez elle l'invasion de la maladie dont elle est atteinte. Le délire paraît surtout avoir été provoqué par une suite d'émotions pénibles pendant la grossesse et l'allaitement. Un incendie éclate dans la maison qu'habite la femme M..., qui était alors enceinte de huit mois. Elle est obligée de se sauver précipitamment presque nue, est blessée; en outre une partie de son mobilier est détruite. Six semaines après elle accouche heureusement, mais quelques jours s'étaient à peine écoulés qu'un nouveau chagrin vient l'atteindre. Elle perd une grande partie de son linge, qu'elle avait confié à une femme chargée de la

j'ai décrite, en ce qu'on introduit les deux mandrins successivement. Ce n'est qu'après avoir retiré le mandrin en fer qu'on introduit la tige de baleine, qui, à deux pouces de son extrémité, doit être assez amincie pour se replier facilement dans la sonde, préalablement introduite dans le pharynx. Je sais qu'on a quelquefois employé ce procédé avec des sondes ayant des ouvertures latérales à leurs extrémités, et que le mandrin, sortant par ces ouvertures, avait éraillé la muqueuse. Rien de semblable, comme on voit, n'est à craindre avec une sonde ouverte à son extrémité et avec un mandrin plus court que la sonde.

remplacer. Enfin, presque en même temps, son mari se trouve compris dans une faillite pour une somme assez considérable. L'hiver se passe dans la gêne et dans la tristesse; la malade est forcée de dépenser une à une ses faibles économies. Cependant elle nourrissait son enfant et continuait à s'occuper de son ménage; mais elle se plaignait souvent de céphalalgie et de sueurs nocturnes avec chaleur très forte à la peau. Bientôt la tristesse, qui était devenue habituelle, augmente; M... est moins active, cesse de s'occuper de ses enfants; elle est poursuivie par des idées de suicide; enfin, le 5 avril, elle se jette par la fenêtre, et se casse une jambe. On la transporte à l'hôpital Saint-Antoine. Le 11 mai, la consolidation de la fracture étant complète, la malade put être amenée à la Salpêtrière.

A son entrée elle est en proie à un accès de lypémanie très violent; elle s'exhale en lamentations sur tous les crimes qu'elle prétend avoir commis : c'est elle qui est la cause de tous les malheurs, elle a voulu tuer ses enfants, elle a mangé le monde; qu'on ne l'approche pas, car on se souillerait en la touchant. Elle croit que pour lui faire expier ses fautes, on met du sang dans tous ses aliments; on a la plus grande peine à lui faire prendre quelques cuillerées de bouillon; le lait même est du sang; le pain, les gâteaux, les fruits contiennent du sang; elle crache tout ce qu'on lui met dans la bouche.

Le 25 *mai*, la malade ne veut absolument rien prendre; son agitation continue, elle perd ses forces. Depuis son entrée elle a notablement maigri, et il deviendrait imprudent de la laisser plus longtemps sans nourriture. On se décida à lui introduire la sonde œsophagienne, mais une seule fois par jour, parce que cette opération l'agite. On se servait d'une sonde œsophagienne ordinaire armée d'un

mandrin en fer, qu'on retirait quand l'intrument était parvenu à la partie supérieure du pharynx. Au delà, le tube était abandonné à lui-même. Il est arrivé plusieurs fois que cette sonde est *revenue par la bouche*, ou bien qu'elle s'est *repliée dans le pharynx*. M. Blanche fils, interne du service de M. Mitivié, était chargé de faire manger la malade. Il n'a pas noté le nombre de cas où il a éprouvé les difficultés que je viens d'indiquer, mais l'opération a été le plus souvent très facile.

Le 13 *juillet*, après quarante-huit jours d'alimentation forcée, M..., qui avait déjà beaucoup maigri et était devenue très faible, passa dans mon service.

A partir du 13 *juillet*, j'employai la sonde à double mandrin, et je fis des injections d'aliments deux fois par jour (1). Dès ce moment, il y eut un peu de mieux; la physionomie devint meilleure, et la malade parut plus forte.

Cependant l'agitation continuait, et j'essayai de la calmer par une potion avec une forte dose de laudanum et d'eau de laurier-cerise. Cette potion fut injectée deux fois par jour, et la dose de laudanum portée jusqu'à 40 gouttes. Il y eut d'abord un peu plus de calme, surtout la nuit; mais ce mieux ne persista pas, et l'opium fut suspendu le douzième jour.

L'opération du cathétérisme, pendant ce temps, avait été faite quatre fois par jour, et la sonde avait toujours été introduite avec la plus grande facilité.

Ce fut à peu près vers cette époque que la malade commença à faire de violents efforts pour s'opposer à l'opération. Tantôt elle levait le larynx en tenant la bouche

(1) On injectait chaque fois près d'un litre, soit de chocolat au lait, soit de consommé, soit de fécule de pomme de terre au gras ou au lait, et ensuite un peu de vin de Bordeaux.

fermée ; tantôt elle se bornait à faire une longue expiration en poussant un cri continu (1). A partir de ce moment, nous rencontrâmes presque constamment un obstacle qui jusque-là ne s'était présenté que rarement. La sonde venait arc-bouter sur la base de la langue, et ne pouvait franchir ce point ; il fallait attendre un instant, tâcher de distraire l'attention de la malade, et pousser ensuite. Souvent nous franchissions immédiatement l'obstacle en inclinant fortement la tête sur le tronc ; quelquefois il suffisait de faire exécuter à la sonde un demi-mouvement de rotation pour pénétrer facilement. Dans d'autres cas, on fermait brusquement la bouche de la malade, et en même temps on poussait rapidement le tube. Quelque moyen qu'on ait employé, nous devons dire qu'on n'a, dans aucun cas, été obligé de retirer la sonde ; que celle-ci ne s'est jamais recourbée, et que l'opération, malgré la difficulté que je signale, a toujours été terminée en moins d'une minute. La volonté de l'aliénée a donc été impuissante, et l'opération, pour durer quelques secondes de plus, n'en a pas moins été faite avec la même régularité et sans plus de douleur (2).

Du 14 *août* au 15 *novembre*, on a fait un grand nombre de tentatives pour décider cette malade à revenir sur la fa-

(1) La malade jusque-là s'était bornée à se débattre, à remuer la tête quand on voulait introduire la sonde.

(2) On se rappelle que pendant les quarante-huit premiers jours M... avait été nourrie à l'aide d'une sonde œsophagienne ordinaire, et que l'opération avait, en général, été facile. En eût-il encore été de même à cette époque, où la malade était parvenue à créer un obstacle à l'opération?

Je dois dire qu'à cet égard ma conviction était faite à l'avance. Il me semblait impossible, en effet, qu'une sonde molle, flexible, venant arc-bouter sur la base de la langue, ne s'y repliât pas le plus souvent quand on essayerait de la faire pénétrer au delà. Cependant, comme cette conviction n'était pas partagée, je crus devoir laisser faire à cet égard quelques tentatives, qui, d'ailleurs, étaient tout à fait sans danger. La sonde sans conducteur avait été employée pendant les quarante-huit premiers

tale détermination qu'elle avait prise. On essaya de la visite de son mari et de son enfant, mais tout fut inutile; elle répétait qu'elle voulait mourir, qu'elle était une malheureuse souillée de crimes, qu'on ne devait pas l'approcher ni la toucher; elle était toujours convaincue qu'on ne lui faisait manger que du sang et des ordures.

Elle n'a cessé de faire de violents efforts pour résister à l'opération; elle contractait, autant qu'elle le pouvait, les muscles du pharynx en retenant sa respiration. Après l'injection, elle essayait de vomir.

La maigreur, qui était déjà très grande lors de l'entrée dans mon service, avait graduellement augmenté et était devenue extrême. Je voulus faire pratiquer trois injections par jour au lieu de deux; mais pour la première fois il survint de la diarrhée; deux jours après, cette diarrhée

jours; cette sonde est la seule dont on se serve encore aujourd'hui dans tous les asiles d'aliénés, il n'y avait donc point d'inconvénient à revenir à son emploi.

Neuf tentatives furent faites par MM. Blanche fils, Blot et Bouland, internes à la Salpêtrière, qui, jusque-là, s'étaient servis chez la malade de la sonde à double mandrin, et avaient, dans *tous les cas*, terminé promptement et facilement l'opération.

Dans huit cas, la sonde est venue arc-bouter sur la base de la langue.

Elle s'y est repliée *cinq fois et n'a pu pénétrer au delà*. Dans l'un de ces cas, l'instrument, replié dans la bouche, en est sorti tout à coup, et on a dû couper toute la partie qui dépassait pour éviter de la douleur à la malade.

Dans trois cas la sonde a franchi l'obstacle, mais avec plus de peine et de temps qu'avec la sonde armée d'un conducteur.

Dans l'un des cas, la sonde n'a point rencontré la base de la langue, et elle a été introduite dans l'œsophage très promptement et très facilement.

Comme ces tentatives n'avaient pour but que de déterminer jusqu'à quel point la sonde œsophagienne ordinaire réussit lorsqu'on rencontre l'obstacle de la base de la langue, nous n'avons point compté ce cas. La sonde sans conducteur a donc échoué *cinq* fois sur *huit*. Depuis lors, l'épreuve a paru suffisante à tous, et la sonde à double mandrin a seule été employée.

avait cessé; cependant elle n'en contribua pas moins à augmenter la faiblesse. Bientôt on dut renoncer à lever la malade à cause des syncopes qui survenaient de temps en temps. Des escharres se formèrent au siège.

Le 15 *novembre*, la maigreur et la faiblesse étaient telles, qu'on dut perdre tout espoir de sauver la femme M...

Le 18, elle prit seule un peu de café, et dans la journée un potage et du lait. L'état mental était meilleur; mais c'était là une de ces améliorations qu'on observe souvent chez les aliénés, peu de temps avant la mort. La malade succomba en effet la nuit suivante.

Autopsie le 20 *novembre*. Maigreur extrême de tout le corps; escharres au sacrum.

On commence par examiner avec soin le pharynx, la base de la langue, l'œsophage et le larynx, et on ne trouve dans tous ces points aucune trace de lésion. Partout la muqueuse est *pâle* et *parfaitement saine*. Il n'y a aucune injection dans le larynx, la trachée et dans l'œsophage.

Le cathétérisme œsophagien, répété deux fois par jour pendant près de cinq mois, n'avait donc déterminé aucune altération appréciable.

L'estomac était un peu revenu sur lui-même, et il offrait dans son grand cul-de-sac deux ulcérations très superficielles, et qu'on ne découvrait qu'en examinant la muqueuse avec beaucoup d'attention; il y avait près du pylore des rides nombreuses, et la muqueuse avait une teinte légèrement ardoisée. Le reste du tube intestinal était sain.

Le cœur avait un très petit volume; le ventricule gauche était le siège d'une hypertrophie concentrique très prononcée. Le lobe inférieur du poumon droit était hépatisé; le tissu en était ferme, et non crépitant, et ne surnageait

pas quand on le coupait en très petits morceaux. Il n'y avait pas de tubercules.

La surface du cerveau avait une couleur plus blanche que dans l'état normal; les membranes n'adhéraient pas, elles étaient seulement un peu épaissies. La substance cérébrale n'offrait rien qui mérite d'être noté.

Cette observation me paraît remarquable sous plusieurs rapports.

L'alimentation forcée a été continuée pendant près de *six mois*, et je ne connais pas d'exemple dans lequel l'emploi de la sonde ait été aussi prolongé. Ou bien, en effet, les malades consentent à manger, ou bien, en général, ils succombent après quelques mois au plus. Nous pensons que ce résultat est dû à la quantité des aliments qui ont été ingérés, mais surtout à la régularité des repas. Disons aussi que la facilité avec laquelle l'opération a été faite dans tous les cas, en évitant à la malade des luttes longues et pénibles dont nous avons plus haut cité un exemple, a pu contribuer à retarder une terminaison fâcheuse. Cette terminaison n'a pas été, à notre avis, uniquement produite par le mode d'alimentation. L'agitation prolongée et l'épuisement nerveux qui en a été la conséquence ont aussi puissamment contribué à affaiblir la malade. Nous allons, en effet, citer bientôt l'observation d'une autre aliénée qui a vécu de la même manière pendant cinq mois et demi, et dont la santé s'est maintenue assez bonne malgré un amaigrissement progressif. Cette aliénée avait déjà peu de temps auparavant été nourrie six semaines à l'aide de la sonde, et elle se trouvait sous ce rapport dans des conditions de santé moins bonnes peut-être que la femme M...

L'absence de toute altération appréciable dans le pharynx et l'œsophage après plus de trois cents introductions de sondes œsophagiennes mérite d'être notée; on se rappelle,

en effet, les ecchymoses trouvées dans ces parties, après douze jours, chez un aliéné dont j'ai rapporté plus haut l'observation. Dans ce dernier cas il n'y avait eu que seize opérations; mais elles avaient été faites avec une grosse sonde œsophagienne sans conducteur; le plus souvent cette sonde se repliait dans le pharynx.

Il nous importe surtout de faire remarquer que l'opération, répétée près de trois cents fois avec la sonde à double mandrin, a dans *tous les cas* été prompte et facile, malgré l'obstacle de la base de la langue et les violents efforts que faisait la malade.

Je n'ai qu'à rappeler le fait rapporté par Esquirol, et l'impossibilité où fut le professeur Dubois de passer la sonde dès le second jour, et les autres observations analogues que j'ai citées, pour prouver que ce résultat n'est pas sans intérêt.

Les tentatives avec la sonde ordinaire ont échoué chez cette malade *cinq fois sur huit* quand on a trouvé l'obstacle de la base de la langue. Ce fait, à notre avis, prouve autant que possible l'avantage du conducteur, qui permet dans tous les cas à la sonde de résister à la pression et l'empêche de se recourber.

OBSERVATION HUITIÈME.

Monomanie; refus d'aliments pendant *cent soixante jours*; alimentation forcée à l'aide de la sonde à double mandrin (1).

« Laure, quarante-neuf ans, fille, sans profession, est entrée pour la première fois à la Salpêtrière le 20 janvier 1846. Les renseignements sur les antécédents ont été fournis par son oncle, qui est en même temps son père adop-

(1) Cette malade, avant d'entrer dans mon service, avait déjà été dans celui de M. Mitivié, où elle avait passé près de six semaines sans manger. Je cite textuellement cette première partie de six semaines sans manger M. Blanche fils, interne du service.

tif, et avec lequel elle habite depuis longues années. Elle a reçu une bonne éducation; elle était d'un caractère entier, quoique doux, habituée à faire dominer sa volonté, et ne cédant jamais dans les discussions. Depuis l'âge de vingt ans, elle a été assez souvent malade; elle se croyait atteinte de plusieurs affections mortelles et de tous les maux dont on parlait devant elle. Elle a beaucoup lu, mais sans ordre, sans discernement, s'exaltant facilement pour tel ou tel auteur; la phrénologie l'a surtout beaucoup occupée. Elle a connu assez particulièrement Broussais, a longtemps médité ses ouvrages; et ne rèvant plus qu'inflammation, elle s'est mise au régime végétal, se nourrissant de légumes, de fruits, buvant de l'eau. Elle a éprouvé d'assez grands chagrins domestiques, et c'est de cette époque que date sa maladie, dont l'invasion a été subite il y a deux ans environ. Elle fait à différentes reprises plusieurs séjours dans une maison de santé, et est enfin amenée à la Salpêtrière le 20 janvier 1846. Elle y arrive dans un état d'exaltation extrême, entremêlant les mots de Laure Grouvelle, Fieschi, Broussais, crâniologie, phrénologie, charte constitutionnelle, magnétisme. Un bain de trois heures ne la calme pas; elle ne veut pas manger, dans la crainte d'être empoisonnée.

« 25. Depuis son entrée, la malade n'a rien mangé; je la menace de lui introduire une sonde par le nez; elle me répond avec calme et sang-froid que je peux ne pas attendre jusqu'au lendemain, qu'elle est bien décidée à ne rien prendre avant qu'on lui ait rendu sa liberté; qu'elle préfère la mort. Puis elle m'annonce que jadis elle a fait une chute grave sur le nez, qu'elle souffre encore de la narine droite, et elle me prie de lui introduire la sonde du côté gauche.

« 27. Toutes les tentatives faites pour l'engager à se nourrir et pour la faire manger de force ont été infruc-

tueuses. Elle s'affaiblit, ne peut plus se tenir sur ses jambes; elle me dit qu'elle meurt de faim et de soif, mais que pourtant elle ne mangera que quand elle aura sa liberté; on la porte au parloir, où son père en larmes la supplie de manger; elle est inexorable. Enfin je l'avertis que le soir même je lui introduirai la sonde; elle me répond qu'elle est prête à tout souffrir. En me voyant arriver, elle se met tranquillement sur son séant; je lui renouvelle mes instances, auxquelles elle résiste toujours avec calme et fermeté; on apprête la sonde; la seringue laisse échapper le bouillon; elle nous indique elle-même de l'air le plus naturel, et comme si tous ces apprêts s'adressaient à une personne qui lui fût entièrement indifférente, qu'il faut ou ajouter du chanvre ou bien encore tremper le piston dans de l'eau chaude. Tant de sang-froid m'épouvante; l'alimentation par la sonde est d'une durée nécessairement bornée; elle est incomplète, insuffisante; en présence d'une volonté aussi arrêtée, ne vaut-il pas mieux faire des concessions? Je dis alors à Mlle C... que, si elle consent à manger, dans trois jours elle sera libre. Je m'engage solennellement à tenir ma parole, et j'obtiens qu'elle prenne de la nourriture.

« Depuis le 27 janvier jusqu'au 30, jour de la sortie accordée par M. Mitivié, elle mange comme toutes ses compagnes, est fort calme, mais elle conserve toujours ses idées délirantes.

« Rentrée dans sa famille, elle s'exalte de nouveau, prétend que je n'ai pas tenu ma parole, parce qu'elle n'a pas toute sa liberté, la police lui défendant de sortir seule dans la rue. Son père l'accompagne à la promenade; elle parle à haute voix et ameute les passants; on est obligé de lui interdire toute sortie, et depuis le 5 février elle refuse de manger. La voyant bien décidée à ne plus prendre de nourriture, son père la laisse sortir, préférant qu'elle soit ar-

rêtée; elle fait de nouvelles extravagances, est en effet arrêtée et conduite de nouveau à la Salpêtrière le 27 février. A son entrée, elle nous annonce avec le même sang-froid que, privée de sa liberté, elle ne mangera plus. Cette résolution bien ferme ne pouvant être vaincue, on décide, sans attendre que la malade s'affaiblisse et souffre de la faim, qu'on lui introduira la sonde œsophagienne dès le lendemain. A toutes mes prières, à mes menaces, elle répond par un refus péremptoire; je lui introduis donc par le nez une sonde de moyen calibre, qui pénètre facilement. Depuis le 28 février jusqu'au 20 avril, je lui introduis la sonde deux fois par jour, et on la nourrit ainsi avec de la fécule au gras, au maigre, de la gelée de viande, de l'eau et du vin sucrés. Tous les jours elle prend un bain gélatineux d'une demi-heure. Quand le temps est beau, on la met au soleil, car, de même qu'elle ne veut pas manger, elle ne veut marcher que pour aller au parloir voir son père ou sa sœur; quand la visite est terminée, elle dit tranquillement : Maintenant que j'ai fait ce que je désirais, je ne marche plus. Et si on ne la porte, elle s'affaisse contre le mur et se laisse tomber. Une seule fois elle consentit à manger; c'était le 5 avril; je lui dis qu'elle me rendrait un véritable service en m'évitant la peine de revenir le soir; elle me promit de manger seule et tint parole.

« Le 20 avril, M. Mitivié lui assure que si pendant huit jours de suite elle consent à manger, que si elle est calme, régulière, que si elle renonce à toutes ses prédications sur le magnétisme, il lui rendra la liberté; l'épreuve est trop longue, et elle n'a pas la force de la supporter. Elle refuse de nouveau les aliments, sur la menace qu'il faudra prolonger encore l'épreuve.

« C'est alors que la malade fut transférée dans le service de M. Baillarger, où elle entra le 2 mai. »

Je n'ajouterai rien aux détails qui précèdent; ils suffisent pour bien faire connaître l'état de la malade et la nature de son délire.

Le lendemain de son arrivée dans mon service, je déterminai Mlle L... à manger en lui promettant sa sortie prochaine à certaines conditions, mais sans fixer d'époque précise. Je parvins avec beaucoup de peine à gagner ainsi jusqu'au 23 juin; mais à partir de ce jour, la malade recommença de nouveau à refuser toute nourriture, en annonçant qu'elle persistera tant qu'on ne lui accordera pas sa liberté. Après avoir vainement cherché à la faire renoncer à sa résolution, je lui fis introduire la sonde œsophagienne à double mandrin matin et soir, à partir du 25 juin.

Mlle L... n'opposait aucune résistance, et l'opération se faisait toujours avec une extrême facilité. On injectait soit du consommé, soit du chocolat, de la bouillie, de la fécule de pommes de terre au gras et du vin de Bordeaux.

Après trois mois, M. le préfet de police vint visiter la Salpêtrière; il vit la malade, lui promit la sortie si elle consentait à manger pendant quinze jours; mais elle voulut imposer des conditions impossibles à remplir, et on dut continuer l'usage de la sonde.

Après *cinq mois et demi* d'alimentation forcée, Mlle L... n'avait encore éprouvé aucun dérangement intestinal; elle n'avait pas de fièvre, se levait et se promenait un peu chaque jour; cependant elle avait beaucoup maigri.

On cherchait souvent à la faire revenir de sa résolution, mais elle se montrait toujours aussi exigeante. Elle voulait qu'on lui délivrât un certificat constatant qu'elle n'avait jamais été aliénée. Ce certificat devait être signé de trois ou quatre médecins, et approuvé par le préfet de police.

On eût pu bien facilement la tromper, mais je pensais qu'on n'arriverait point ainsi au but désiré.

Enfin, le 4 *décembre,* après 160 *jours* d'alimentation forcée, je parvins à décider la malade à manger seule, en lui promettant sa sortie quinze jours après, mais sans autre condition.

Aujourd'hui, 5 *janvier,* Mlle L... a repris des forces et de l'embonpoint. Depuis trente jours, non seulement elle mange sans difficulté, mais, malgré mes conseils, elle prend une trop grande quantité de nourriture : aussi a-t-elle eu de la diarrhée à deux reprises, ce qui n'avait jamais eu lieu pendant les 160 jours d'alimentation forcée. Un prétexte a permis de faire rester Mlle L... quelques jours de plus à la Salpêtrière. J'espère, si on ne peut se dispenser d'accorder la sortie, placer la malade dans une maison où elle sera surveillée pendant quelque temps. On la ramènera ensuite à l'hospice dans un autre service ; on aura ainsi gagné plus d'un mois d'une bonne alimentation, et peut-être après sa rentrée, la malade ne recommencera-t-elle pas l'épreuve si dangereuse qu'elle vient de traverser.

Cette seconde observation n'est pas moins curieuse que la première, et tout fait espérer que la maladie aura une issue moins fâcheuse.

Le premier fait à remarquer, c'est que pendant cette alimentation forcée de 160 jours, il n'y a jamais eu ni diarrhée ni fièvre. Mlle L..., depuis quinze jours, a pu digérer chaque jour une très grande quantité d'aliments, ce qui prouve que les fonctions digestives n'ont point été altérées.

Le cathétérisme œsophagien, avec la sonde à double mandrin, a été pratiqué 320 fois et toujours avec facilité. Quoique la malade ne fît aucune résistance, la sonde n'en venait pas moins arc-bouter souvent sur la base de la

langue. Il fallait alors attendre quelques instants pour la faire pénétrer dans l'œsophage. Un jour on tenta d'introduire une sonde sans conducteur. L'extrémité de cette sonde vint aussi appuyer sur la base de la langue, et l'opérateur, malgré son habileté et la longue habitude qu'il avait de l'opération, ne put faire pénétrer l'instrument dans l'œsophage. Cette tentative n'a pas été renouvelée, et je ne pense pas qu'il faille en conclure qu'à cette époque le cathétérisme, avec la sonde œsophagienne ordinaire, eût été impossible; je crois seulement qu'on aurait souvent éprouvé des difficultés qui auraient nécessité plusieurs tentatives.

OBSERVATION NEUVIÈME.

La nommée P..., Irlandaise, âgée de soixante-dix ans, d'une constitution forte, est depuis plus de dix ans à la Salpêtrière, dans un état de monomanie religieuse.

Le 22 *août* 1846, sans qu'on ait pu savoir pourquoi, cette femme refuse toute nourriture. Plusieurs fois par jour on lui offre en vain les aliments qu'elle préférait.

Le 23, après bien des instances, elle demande un mets irlandais composé de riz, de poulet et de piment; on le lui prépare immédiatement; mais elle le refuse, et consent seulement à boire un demi-verre de lait.

Le 24, refus obstiné de prendre la moindre chose. Même refus le 25; on se décide alors, à cause de son état de faiblesse, à lui injecter du consommé et un peu de vin de Madère, au moyen de la sonde œsophagienne. L'injection était à peine terminée, que la malade manifesta son contentement et le bien-être qu'elle éprouvait. Pendant quinze jours, beaucoup de tentatives renouvelées dans le but de lui faire accepter des aliments restent infructueuses; on est obligé de répéter deux fois par jour l'opération du cathété-

risme œsophagien. Après ce temps, P... recommença à manger seule, mais elle ne prenait qu'une petite quantité d'aliments. Elle s'affaiblit graduellement sous l'influence d'une affection cancéreuse de l'utérus, et succomba peu de temps après.

Chez cette malade, l'introduction de la sonde à double mandrin a toujours été d'une extrême facilité. P... d'ailleurs ne faisait aucune résistance, et l'opération était des plus simples.

Si l'on cherche à résumer les faits qui précèdent, on voit :

1° Que la sonde œsophagienne à double mandrin a été introduite :

Chez une malade.	280 fois
Chez une autre	320
Chez une troisième	20
En tout	620 fois.

2° Que ces 620 opérations ont été faites avec facilité en moins d'une minute, sans le moindre accident, et que, dans tous les cas, une seule tentative a suffi (1).

3° Que l'une des malades ayant succombé après 280 opérations, il a été impossible de découvrir la moindre lésion dans le pharynx ou l'œsophage

4° Que chez cette malade, la sonde œsophagienne sans conducteur, essayée, neuf fois, a échoué cinq fois entre les mains des mêmes personnes qui avaient toujours, et sans exception, introduit sans difficulté la sonde à double mandrin.

Ces faits peuvent légitimement faire espérer :

1° Qu'on parviendra désormais à nourrir, dans tous les cas

(1) La sonde a pénétré *cinq ou six fois* dans le larynx, mais on s'en est toujours aperçu immédiatement, et il a suffi de la retirer d'un demi-pouce et de l'enfoncer ensuite pour terminer l'opération : ce n'est donc pas là, à proprement parler, un accident.

les aliénés à l'aide de la sonde à double mandrin, et qu'on ne sera plus obligé de renoncer à ce moyen, comme cela a eu lieu dans les faits observés par Esquirol, MM. Trélat, Barbier et de Crozant.

2° Qu'on pourra aussi, dans tous les cas, se dispenser d'avoir recours à des moyens violents pour ouvrir la bouche, et qu'on n'aura plus à redouter pour les malades des luttes douloureuses qui les épuisent.

3° Qu'on évitera toujours ces tentatives infructueuses répétées chez quelques aliénés jusqu'à cinq ou six fois pour faire pénétrer dans l'œsophage les sondes sans conducteur.

4° Que les accidents mortels dont j'ai cité plusieurs exemples, et qui ont été produits par la déchirure du pharynx, ne sont point à craindre avec les sondes à double mandrin.

II

QUELQUES EXEMPLES

DE

FOLIE COMMUNIQUÉE [1]

1860

On conduit quelquefois le même jour dans un service d'aliénés plusieurs membres de la même famille, atteints de monomanie, et dont le délire offre exactement les mêmes caractères. En interrogeant l'un de ces malades, on sait par avance quelles sont les conceptions délirantes de l'autre. Si, dans les cas dont nous parlons, on obtient des renseignements, on apprend que la folie n'a pas éclaté simultanément chez les deux malades, mais qu'elle a été antérieure de plusieurs mois chez l'un des deux, et qu'elle s'est ensuite peu à peu communiquée à l'autre. C'est ainsi que j'ai pu voir le délire transmis de la mère à la fille, et de la mère au fils.

La femme P... a été amenée à la Salpêtrière en même temps que sa fille. Toutes deux étaient convaincues que leurs fournisseurs ne leur délivraient que des aliments empoisonnés; qu'on les suivait dans les rues; qu'on leur

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1860.

jetait de l'eau-forte, qui s'exhalait en vapeurs autour d'elles, etc., etc.

Le second exemple est plus curieux. M[me] X..., douée d'une intelligence remarquable, était vénérée par ses deux fils, dont l'aîné avait vingt ans, lorsqu'elle fut atteinte d'une monomanie singulière. Elle s'imagina qu'elle était somnambule, et que souvent, pendant la nuit, son mari lui faisait donner des consultations dont elle n'avait aucun souvenir au réveil. Elle supposait que celui-ci gagnait de cette manière des sommes assez fortes, et elle ne cessait de lui réclamer cet argent.

Nous ne rapporterons pas toutes les raisons qu'elle invoquait à l'appui de son délire. Qu'il nous suffise de dire que peu à peu elle rallia à ses idées son fils aîné, qui, bien qu'il ne demeurât pas avec elle, la voyait presque chaque jour. Ce dernier, livré à des travaux excessifs, était obligé de passer une partie des nuits. Les récriminations de sa mère l'exaltèrent, il eut des discussions très vives avec son père, et il alla jusqu'à le dénoncer à l'autorité. Le délire devint alors tellement évident, que le malade, qui venait de tirer à la conscription, fut réformé pour cause d'aliénation mentale.

Ce jeune homme a guéri, comme avait déjà guéri la fille P...

Tous les deux ont expliqué comment la confiance absolue qu'ils avaient dans leur mère avait pu les fasciner à ce point, et ils ont déclaré que, loin d'avoir soupçonné chez elle une lésion des facultés de l'entendement, ils s'étaient, au contraire, laissé prendre à la logique apparente de leurs insinuations.

M. X... a reconnu que, sous l'influence des querelles incessantes provoquées par le délire méconnu de sa mère, des travaux et des veilles, son intelligence s'était en effet

troublée, et qu'il avait complètement accepté des idées qu'il avoue aujourd'hui avoir constitué autant de conceptions délirantes.

Il y a en ce moment à la Salpêtrière deux sœurs qui ont été amenées le même jour avec le même délire extrêmement limité. L'aînée est veuve, la plus jeune est mariée. La première s'imagina que son beau-frère voulait l'empoisonner, et elle fit peu à peu accepter cette idée à sa sœur, qui demeurait avec elle. Afin de prévenir les effets du poison, les deux malades se mirent à boire de l'eau-de-vie, et ce fut alors que le délire se prononça de plus en plus.

La plus jeune se trouve dans mon service, et elle convient que jusque-là son mari avait été très bon pour elle; que depuis huit ans qu'elle est mariée elle n'avait eu aucune plainte grave à formuler contre lui. Mais elle n'en est pas moins convaincue qu'il a fait plus de cent tentatives pour l'empoisonner.

Dans une autre circonstance, j'ai vu le mari devenir aliéné sous l'influence et par l'effet de la pression que sa femme exerçait sur lui. Ce qu'il y a de bien singulier dans ce dernier exemple, c'est que la femme, douée d'une intelligence certainement supérieure à celle de son mari, et qui avait troublé sa raison en lui imposant pour ainsi dire le délire auquel elle était en proie, le fit placer à l'hospice de Bicêtre, alors qu'elle-même resta en liberté.

Les faits de ce genre sont rares, mais ils soulèvent des questions du plus haut intérêt pour la pathogénie de la folie. Je me borne aujourd'hui à les signaler, mais je me réserve d'en faire ultérieurement un examen approfondi.

Depuis 1860, on a recueilli beaucoup d'exemples de folie communiquée semblables aux quatre observations que j'avais citées. On a publié sur ce sujet divers travaux et plusieurs thèses.

Parmi les auteurs les uns ont employé, comme je l'avais fait, la dénomination de *folie communiquée;* d'autres ont désigné cette variété de folie sous la dénomination de *folie à deux.*

Aucun des auteurs français ne semble avoir connu ma note de 1860 et aucun d'eux ne l'a citée. Voici d'ailleurs comment M. Regis a fait, en 1880, l'historique de la *folie communiquée :*

« L'histoire de la folie à deux, dit-il, n'est ni longue ni bien ancienne, elle peut se résumer en deux mots.

« Quelques auteurs, parmi lesquels M. Moreau (de Tours) et M. Dagron avaient publié quelques rares exemples de délire similaire chez deux individus sans attacher d'importance à ces faits et sans en tirer aucune déduction.

« Dans sa thèse inaugurale parue en 1868, M. le Dr Maret signale le premier en passant le « délire en partie double, délire de persécution qu'on rencontre chez des époux ayant longtemps vécu ensemble dans les mêmes tourments de l'esprit. »

« Mais la question n'a été réellement étudiée qu'en 1873 par MM. Lasègue et J. Falret et par M. Legrand du Saulle qui la traitèrent presque simultanément, et les premiers désignèrent sous le nom de *folie à deux* cette folie en partie double qu'ils considérèrent comme le résultat de la communication du délire d'un aliéné à un individu sain d'esprit. » (*Thèse sur la folie à deux.*)

Plus récemment, dans son Manuel pratique de médecine mentale, M. Regis s'exprimait sur le même sujet de la manière suivante :

« *Folie à deux.* — Il est des cas où un ou plusieurs individus, vivant au contact d'un des aliénés dont nous venons de tracer l'histoire, surtout d'un persécuté, présentent exactement le même délire que lui : Lasègue et M. J.

Falret qui les premiers ont étudié en 1873 cette particularité morbide, l'ont considérée comme le résultat de la communication du délire d'un persécuté à un ou plusieurs individus moins intelligents qui, sans devenir positivement fous eux-mêmes réflètent comme un miroir la partie la plus vraisemblable des conceptions délirantes de l'aliéné. C'est pour ce motif que les deux auteurs ont donné à cette particularité curieuse le nom de folie à deux ou *folie communiquée.* » (p. 218).

Comme on le voit et ainsi que je l'ai dit plus haut, les auteurs qui ont écrit sur la *folie communiquée* n'ont fait aucune mention de mon travail de 1860.

C'est un médecin allemand, M. le Dr Lhemann, qui, tout récemment, a seul cité ce travail en le mentionnant comme le premier qui ait été publié sur la *folie communiquée* (1).

Les auteurs des divers travaux publiés sur la *folie communiquée* ont recherché quelles sont les conditions qui favorisent la transmission du délire d'un aliéné à l'un de ses proches, ils ont signalé avec raison la prédisposition, la vraisemblance du délire, la communauté des intérêts, l'intelligence plus grande de l'aliéné qui transmet son délire. Cependant ces conditions, comme l'a fait remarquer M. Regis, sont cependant loin d'être réunies dans tous les cas.

Quoi qu'il en soit, je n'ai pas l'intention de revenir sur ces points, mais il en est un sur lequel il me paraît utile de présenter quelques considérations.

Lorsque M. J. Falret, en 1873, a lu à la Société médico-psychologique les recherches qu'il avait faites

(1) Depuis la publication du Dr Lhemann, M. Regis a inséré dans les *Annales médico-psychologiques* une *note rectificative à propos de l'historique de la folie à deux.*

Je me borne à reproduire le passage suivant de cette note. « M. Baillarger, dit-il, non-seulement rapporte dans son travail quatre observations de délire similaire chez plusieurs individus de la même famille, mais encore il y formule

avec Lasègue sur la *folie communiquée* (*folie à deux*), je crus devoir faire remarquer qu'il y avait lieu de distinguer les cas de véritable folie communiquée « de ceux beaucoup plus fréquents où des gens faibles d'esprit et vivant avec un aliéné finissent par se laisser persuader et croire à la réalité de ses hallucinations ou de ses conceptions maladives, sans toutefois devenir aliénés eux-mêmes, c'est-à-dire sans présenter aucun symptôme de délire et sans commettre aucun acte imputable à l'aliénation mentale ».

Je citais entre autres le cas observé par moi, d'une femme aliénée qui était parvenue à faire partager ses idées fausses à son mari et à ses enfants, sans que ceux-ci aient été atteints de folie le moins du monde.

Dans une autre séance j'insistai de nouveau sur ce point.

Tout en continuant à admettre aujourd'hui cette distinction comme très fondée, il me semble utile de faire remarquer les liens très étroits qui unissent souvent ces deux ordres de faits.

Le délire partiel dans la majorité des cas ne s'établit que graduellement et il est difficile qu'il en soit autrement dans les cas de folie communiquée. M. Régis à mon avis a eu raison de ne pas admettre que la folie puisse être communiquée de *toutes pièces*.

Le malade commence par faire accepter ses conceptions délirantes comme vraies par le parent avec lequel il vit en étroite communauté d'idées et de sentiments, jusque-là il n'y a qu'un fait de crédulité, mais les conséquences de l'idée fausse ne tardent pas à se produire.

très nettement en quelques mots l'explication de ces faits par la communication du délire de l'un des sujets primitivement atteint, à l'autre. Il n'est pas jusqu'à la dénomination de *folie communiquée*, proposée et employée successivement depuis par MM. Lasègue et J. Falret, Legrand du Saulle, Marandon de Montyel, qui ne s'y retrouve, puisque l'article, comme je l'ai dit, a pour titre : « *Quelques exemples de folie communiquée*. »

Dans l'une de mes observations, une femme mariée depuis huit ans et qui jusque-là avait vécu en bonne intelligence avec son mari, se laisse convaincre par sa sœur aînée que son mari cherche à les empoisonner. On conçoit facilement ce qu'une pareille idée une fois acceptée a dû entretenir de craintes et provoquer d'émotions pénibles; on comprend les scènes qui ont dû en être la conséquence, etc. Supposez en outre la prédisposition jointe à l'action incessante du délire de l'aliéné et, en vérité, on ne s'étonnera pas de voir bientôt la folie véritable remplacer cet état de simple erreur qui l'a précédée.

Dans une autre des observations que j'ai citées, un jeune homme de vingt ans fatigué par des veilles et des excès de travail, accepte comme vraie la conception délirante qui caractérise la folie partielle de la mère.

Sous l'influence de cette idée fausse il s'exalte, cherche des querelles incessantes à son père qu'il finit par dénoncer à l'autorité. Ici encore la conception délirante n'a été d'abord qu'un fait de crédulité, mais il est évident qu'elle a dû beaucoup contribuer à provoquer un délire véritable.

Non sans doute, la folie communiquée ne se transmet pas de *toute pièce*, mais l'idée fausse dans beaucoup de cas concourt à la provoquer par les craintes et les émotions pénibles qu'elle entretient, par l'excitation qu'elle suscite, etc.

Selon les conditions très diverses qui se présentent, tantôt la période de simple erreur se prolongera longtemps sans aboutir à la folie véritable, tantôt au contraire le pas sera rapidement franchi. Seulement il ne faut pas oublier le rôle que joue la conception délirante elle-même pour provoquer un délire véritable, et c'est le seul point sur lequel j'ai voulu ici appeler l'attention.

III

LA THÉORIE DE L'AUTOMATISME

ÉTUDIÉ DANS LE MANUSCRIT D'UN MONOMANIAQUE

1856

Il y a plus de dix ans que j'ai exposé pour le délire en général, et pour les hallucinations en particulier, la théorie de l'automatisme, théorie sur laquelle j'ai insisté de nouveau dans la discussion qui a eu lieu cette année à l'Académie de médecine sur la folie. Plus j'observe les aliénés, plus j'acquiers la conviction, que c'est dans l'exercice involontaire des facultés qu'il faut chercher le point de départ de tous les délires. Dès qu'il survient de l'excitation cérébrale et que la maladie commence, on devient incapable de diriger ses idées; elles s'imposent et l'on est forcé de les subir. Entraîné à chaque instant par ces idées spontanées et involontaires le malade cesse de pouvoir fixer son attention, et tout travail suivi devient impossible. Après avoir vainement lutté contre cette puissance qui le domine, il est conduit le plus souvent à des explications erronées ; il attribue, par exemple, les idées qui l'obsèdent à un être étranger. Ce qui aide à provoquer cette explication c'est la nature même de ces idées qu'il n'a jamais eues dans son

état normal ou même qui sont complètement opposées à ses idées habituelles; enfin l'erreur devient plus complète par suite de la forme que revêt bientôt la pensée lorsque cet état se prolonge. On sait que rien n'est plus fréquent que les conversations dans les rêves et il n'y a pas lieu de s'étonner de les voir se reproduire lorsque l'exercice des facultés est devenu involontaire pendant la veille. Ce qui achève la ressemblance, c'est que la pensée ne se reproduit plus alors sans être articulée intérieurement. De là quelquefois cette singulière illusion d'une voix qui a son siège dans la région de l'estomac: c'est alors qu'on s'adresse au malade à la seconde personne, qu'on l'interroge et que la *dualité* devient plus tranchée; c'est alors aussi qu'il y a bien véritablement comme une double pensée et comme deux êtres distincts.

Les éléments de la théorie de l'automatisme se trouvent réunis de la manière la plus curieuse dans un manuscrit que je possède et dont on lira plus bas les extraits.

Le malade est un jeune homme de vingt-huit ans d'une intelligence assez développée mais dont l'éducation avait été très négligée; à seize ans il savait à peine l'orthographe. C'est alors que se livrant avec passion au travail il parvint seul en trois ou quatre ans à se mettre en état d'occuper à vingt-un ans une place qui exigeait une instruction assez étendue. Il avait alors devancé tous les jeunes gens de son âge qui suivaient la même carrière que lui. Cet excès de travail avait eu lieu dans les circonstances les plus fâcheuses; le malade se livrait à l'onanisme depuis l'âge de quinze ou seize ans, et il avait bientôt éprouvé des pertes séminales qui amenèrent une grande faiblesse et des maux d'estomac. Timide, honteux, concentré et ignorant d'ailleurs la source de ses souffrances, il ne dit rien au médecin qui le traitait et fut mis à un régime débilitant pour une prétendue gas-

trite. On comprend comment dans de pareilles conditions le système nerveux a été violemment ébranlé et l'aggravation croissante des symptômes sous l'influence d'un travail excessif. Il se manifesta d'abord une singulière exaltation des idées. L'imagination allait au-devant de tout et prévoyait tous les malheurs. « J'étais toujours, dit le malade, et pour » toutes les choses de la vie dans les inquiétudes les plus » grandes; une simple visite à rendre me causait une vive » émotion et je ne pouvais m'empêcher de songer à l'avance » à ce que j'aurais à dire, aux réponses qu'on me ferait et » je formulais avec beaucoup de difficultés les objections » que je pourrais moi-même opposer.

» Si je me décidais à monter à cheval je me voyais tom- » bant sur la tête et me la broyant sur des roches; l'idée » d'une excursion en mer amenait indubitablement celle » du naufrage. A la campagne, c'était la peur du serpent » qui me poursuivait; il me semblait qu'il y en avait même » dans mon lit. Quelque sécurité que m'offrît ma chambre, » je ne pouvais me coucher sans faire une visite minutieuse » et ce n'est qu'avec peine que je parvenais à m'endormir. » Cette crainte des serpents me suivait même à la ville. » Quelquefois je me figurais qu'une personne était cachée » sous mon lit pour me poignarder, le moindre bruit me » tenait en éveil et me causait des frayeurs, et je n'aurais » jamais consenti à coucher seul dans une maison. J'ai » toujours présents à l'imagination les objets, les personnes » et même les lieux dont on me parle et si on me raconte » une scène j'en vois immédiatement apparaître tous les per- » sonnages. M'annonce-t-on par exemple la mort d'une per- » sonne, je la vois immédiatement, on la met dans le cer- » cueil, j'assiste à son enterrement, on la descend dans la » fosse et *tout cela en esprit*. Souvent moi-même je me suis » vu mort et par avance j'assistais à mon convoi. Je m'é-

» tais fait dès mon bas âge une une idée effrayante et
» monstrueuse du duel, à ce point que si j'apprenais que
» deux individus dussent se battre, j'éprouvais la même
» émotion que si j'eusse été l'un des combattants. Immé-
» diatement la scène du duel se déroulait dans mon esprit
» et bientôt je voyais l'un des adversaires tomber mort;
» quand un duel devait avoir lieu je ne pouvais m'em-
» pêcher le soir de prier Dieu pour les combattants; il
» m'arrivait quelquefois de sortir de mon lit pour le faire,
» et ce n'était certainement point là une chose naturelle.
» Cette pensée du duel, en effet, n'a jamais provoqué dans
» une tête bien organisée les idées effrayantes que j'éprou-
» vais, mais elle a toujours été l'une des plus grandes
» préoccupations de mon esprit malade. . . . .
» . . . . . . C'est ici le lieu de vous dire toute l'impression
» que produisait sur moi la vue ou même l'idée d'un ca-
» davre; cela suffisait en effet pour m'empêcher de dor-
» mir; la mort était toujours là présente à mon imagina-
» tion, laquelle me représentait toujours les objets auxquels
» je pensais ou dont on me parlait.

» Voilà quelques-uns des mille tourments que j'éprou-
» vais depuis l'âge de seize à dix-sept ans; mais, hélas,
» ce n'est là qu'une faible partie de mes angoisses, et il
» serait trop long de les détailler toutes. Cet état est si
» extraordinaire que je ne puis cependant m'empêcher
» d'en tracer encore quelques particularités.

» Croiriez-vous que depuis l'époque dont je veux parler,
» c'est-à-dire pendant environ dix ans, il ne m'est pas ar-
» rivé de me coucher un soir sans penser à la mort; très
» souvent j'étais convaincu que j'allais mourir la nuit. . .
» Cette idée me dominait sans cesse et fort souvent en
» quittant mon travail je laissais tout en ordre par la
» crainte de ne pas revenir le lendemain ; aussi à la moin-

» dre indisposition cette idée était toujours là présente. .
» . . . . . . J'entrevoyais mille dangers; même en mar-
» chant je craignais de me casser une jambe ou un bras.
» J'étais préoccupé du malheur de devenir aveugle, etc.. »

Ces citations, que je pourrais multiplier, suffisent pour montrer à quel degré en était arrivée l'exaltation de l'imagination chez ce malade sans cesse dominé par des idées tristes qu'il n'était pas en son pouvoir d'éloigner.

Cette impuissance de la volonté a eu pour conséquence, dans ce cas comme dans beaucoup d'autres, d'éveiller une série d'idées que nous allons voir se développer. Ne pouvant diriger son intelligence, le malade en conclut avec raison qu'il est désormais tout à fait en dehors des voies normales et privé de ses *facultés naturelles*; voici comment il s'exprime à cet égard :

« L'homme jouissant de la pensée naturelle et intellec-
» tuelle a l'esprit successivement occupé d'une foule d'i-
» dées diverses et toujours nouvelles; il lit, retient au
» moins le sens, l'ensemble de ce qu'il a lu. Quand une
» idée ne lui convient pas, il la chasse de son esprit ;
» quand il voit un objet quelconque il l'examine, son es-
» prit s'en occupe un moment et il fait quelques observa-
» tions bonnes, ou mauvaises, qui lui viennent naturel-
» lement; mais moi, je n'ai jamais pu le faire, je n'ai ja-
» mais pu me débarrasser des images lascives qui m'ont
» toujours persécuté, de même que malgré moi et quoi
» que je fasse j'ai toujours présents l'image de la mort, le
» cimetière, la fosse, Dieu et les choses de la religion. »

Il est assurément impossible d'exprimer plus nettement l'exercice involontaire de l'imagination et sa prédominance sur l'exercice volontaire et de faire mieux la part de la santé et de la maladie.

L'auteur du manuscrit est donc dans le vrai quand, dans

un autre passage, exprimant les mêmes idées, il assure que chez lui, c'est la *matière qui pense*. « Privé de la pen- » sée naturelle, dit-il, et de la réflexion intellectuelle, si » je puis m'exprimer ainsi, je n'ai jamais pu avoir une idée » suivie, je n'ai jamais pu avoir, comme tout le monde, la » tète occupée d'un objet quelconque, d'une lecture; je le » répète, je n'ai jamais été capable d'un moment d'atten- » tion. *C'est la matière* qui a toujours pensé chez moi. Je » n'ai enfin jamais pu donner un autre cours à mes idées, » je retrouve partout des tableaux indécents dont je ne » puis me débarrasser. »

Tout cela est parfaitement exact; l'attention est impossible au milieu de ce débordement des idées dans un cerveau surexcité. Qu'est-ce autre chose, cependant, que cet état, si ce n'est l'automatisme des rêves transporté dans la veille? Plus loin, le malade explique comment, ne pouvant appliquer son attention, ni diriger ses idées, il est devenu incapable de rien retenir. « Anciennement et jusqu'à » l'année dernière, dit-il, je lisais beaucoup, mais toujours » sans rien conserver de mes lectures, c'était au moins une » occupation, une distraction momentanée, un passe-temps; » mais à présent je ne puis lire quatre lignes, il m'est » impossible de retenir un mot; après avoir lu et relu une » lettre, rien ne me reste; à mesure que je lis j'oublie. » Il en est de même en écrivant, j'oublie ce que je viens » d'écrire. Non seulement je n'ai plus de mémoire, mais » en outre, tout ce qui est étranger à mon état ne peut » m'occuper tant soit peu; les livres que je puis lire ne sont » d'aucun intérêt, c'est comme l'eau qui passe sur la roche » de la rivière. »

Quand par suite d'une excitation cérébrale devenue habituelle, le malade en est arrivé à ne plus pouvoir fixer son attention, entraîné qu'il est par les idées qui l'assiè-

gent malgré lui; non seulement, comme on vient de le voir, il ne retient rien de ses lectures, mais il est forcément conduit dans les efforts qu'il fait à une autre conséquence facile à comprendre si l'on s'observe soi-même en faisant mentalement un calcul un peu difficile. Je veux parler de la nécessité où se trouve le malade d'articuler toutes ses pensées.

C'est ce qui est exprimé dans les lignes suivantes:

« Après avoir passé une journée à lire et à étudier, je
» me demandais ensuite ce que j'avais lu; rien ne me res-
» tait de ma lecture. Une remarque ou plutôt une décou-
» verte que j'ai été à même de faire depuis que je me con-
» nais, c'est que je n'ai jamais lu comme tout le monde, je
» n'ai jamais lu de la tête, j'articulais toujours intérieure-
» ment ce que je lisais, et pendant cette lecture, mon es-
» prit était sans cesse occupé de mille objets étrangers. . .
. . . . . . » Je n'ai jamais été doué de cette attention
» dont tous les hommes sont plus ou moins capables, je
» n'ai jamais pu suivre une conversation un peu longue,
» ni un discours, ni une plaidoierie ou même un simple
» raisonnement, etc. »

Comme on le voit, le malade ne pouvait lire sans articuler, ce qui lui fait dire qu'il ne lit pas de tête comme tout le monde, expression très juste et qui rend bien sa pensée.

Non-seulement l'articulation des mots était devenue nécessaire pour la lecture: elle l'était, et plus encore quand il s'agissait pour le malade d'évoquer ses souvenirs. C'est ce que prouve le passage suivant:

« Je vous dirai que, voulant me rappeler une lettre que
» j'avais écrite, je suis obligé d'articuler mot à mot les
» phrases que j'ai employées, autrement je ne puis m'en
» souvenir, les idées ne pouvant se présenter sans arti-
» culation. »

Enfin cette même articulation intérieure des pensées du malade avait lieu dans la conversation. « Ma pensée, dit-il, » avant d'être exprimée par la parole, est formulée inté- » rieurement par des mots. Comprenez-vous cela?...... » ...... Il m'arrivait toujours avant de parler de répé- » ter intérieurement ce que je voulais dire. »

Il y a dans l'ordre de faits que nous étudions, un dernier degré, le plus curieux, assurément le plus étrange, et qui donne l'explication de plusieurs phénomènes observés dans l'inspiration, les hallucinations, l'extase, le somnambulisme, etc.

Ces pensées articulées intérieurement, et qui retentissent pour ainsi dire dans la poitrine, semblent ne plus appartenir à la tête, et le malade les rapporte à la région de l'estomac. Qu'on essaye soi-même de parler intérieurement sans remuer les lèvres, et l'on comprendra comment Van-Helmont, en proie au délire, croyait que sa pensée avait changé de siège et s'était transportée dans la région de l'estomac ; comment tant de somnambules et de faux hallucinés croient entendre dans cette région des voix qui leur parlent. Nous trouvons à cet égard dans le manuscrit que nous analysons les lignes suivantes : Il y a, dit le malade, » il y a dans ma poitrine, dans la région de l'estomac, » comme une langue qui articule tout intérieurement.

» Ordinairement quand on veut écrire une lettre, par » exemple, la tête cherche (la pensée intellectuelle est » occupée), mais chez moi la tête n'y est pour rien, c'est » l'estomac qui est en travail, c'est cette langue intérieure » *qui formule;* je regrette, ajoute-t-il, de ne pouvoir » mieux expliquer toutes ces choses que vous ne sauriez » comprendre. »

Jusqu'ici le malade n'a fait que décrire les phénomènes qu'il éprouve, il nous a montré ses luttes contre les idées

qui l'assiègent sans cesse, et qu'il essaye vainement de chasser; nous l'avons vu forcé d'articuler intérieurement pendant ses lectures, et malgré cela, ne parvenant pas à fixer son attention et à retenir ce qu'il lit; il ne peut non plus se souvenir sans articuler mentalement; enfin, comme il le dit, sa pensée, avant d'être exprimée par la parole, est formulée d'abord par des mots. Il y a plus, cette parole intérieure retentit dans la poitrine, et c'est là désormais que semble se passer tout le travail intellectuel; il ne reste plus alors au malade qu'un pas à faire pour perdre la conscience de l'unité de son intelligence, et pour arriver à la conviction de cette dualité que favorisent quelquefois certaines croyances, mais qui est le plus souvent un symptôme d'aliénation mentale; ce dernier degré, le malade ne le franchit pas, mais il en est bien près, comme le prouve le passage suivant, le plus intéressant de tous ceux que j'ai fait connaître jusqu'ici.

» Privé de cette pensée instinctive et naturelle à tout » homme, je ne puis livrer mon esprit à aucune occupa- » tion, je ne suis capable d'aucune attention, ma pensée » a changé de siège; tout n'est que matière chez moi, » *c'est la matière qui pense.* Ma pensée gît, il me sem- » ble, à la poitrine, à l'estomac; je suis porté à croire qu'il » y a chez moi *une double pensée,* car il s'opère en moi » comme *un contrôle,* il y a comme un autre moi-même » qui inspecte toutes mes actions, toutes mes paroles, » comme *un écho* qui redit tout, et me représente cons- » tamment tout ce que je fais ou tout ce que je dis. »

On voit que la perte de conscience de l'unité intellectuelle n'est pas consommée, mais que toutes les conditions existent pour qu'elle se produise.

Il y a, en effet, chez le malade comme une double pensée, et, ajoute-t-il, comme un autre lui-même qui ins-

pecte toutes ses actions; que faudrait-il ici pour arriver à la conviction d'un étranger qui vous parle, vous domine, et qui, lui aussi, contrôle tout ce que vous dites et tout ce que vous faites? Il est impossible, comme on le voit, d'être plus près du délire sans en franchir la limite.

Tels sont les principaux passages qui m'ont semblé pouvoir éclairer la théorie de l'automatisme dont on suit en effet ici tous les degrés. D'abord nous avons vu le malade dominé par des idées tristes ou des tableaux obscènes dont il lui est impossible de se débarrasser. Il établit que c'est là un fait anormal, puisque dans l'état de santé on dirige ses idées et qu'il ne peut en changer le cours, ce qui le porte à croire que chez lui, c'est la matière qui pense.

Il indique comme conséquence l'impossibilité où il est d'appliquer son attention, et de rien retenir de ce qu'il lit.

Bientôt il articule intérieurement toutes ses pensées. Avant d'être exprimées par la parole, elles sont, dit-il, formulées intérieurement par des mots.

Plus loin, il lui semble que son intelligence a changé de siège, elle est désormais dans la poitrine ou dans la région de l'estomac: « la tête n'y est pour rien, c'est l'es-» tomac qui est en travail, c'est cette langue intérieure qui » formule. »

Enfin vient le dédoublement de la pensée dont j'ai parlé, et qui forme comme le dernier degré de cet état.

Il me reste à indiquer les explications que donne le malade, et qui me paraissent assez curieuses pour trouver place ici. Au lieu de voir, dans ce qu'il éprouvait, un état de maladie, il se reproche d'avoir dévié par sa faute de la voie commune. « Peu à peu, dit-il, je découvris l'affreuse vé-» rité. Mon existence se divise en deux parties. J'ai vécu » de la vie commune jusqu'à dix-sept ans, mais à cette

» époque je suis sorti de la place qui m'était assignée dans
» la nature, j'ai suivi une route tout à fait fausse, j'ai
» compromis tout mon *être moral.* »

C'est ainsi qu'il est arrivé à perdre peu à peu ce qu'il appelle la *pensée naturelle*, la *pensée intellectuelle*, ou même les *facultés intellectuelles*, c'est-à-dire, pour nous, le pouvoir de diriger ses idées.

Pour ne point laisser de doutes sur cette perte de ses facultés intellectuelles, voici comment il s'exprime :

« La preuve, dit-il, que je ne jouis pas de la *pensée in-*
» *tellectuelle*, c'est qu'après avoir longuement écrit ou lu,
» mon esprit ne s'est jamais senti fatigué, et n'a jamais
» eu besoin de se reporter sur des choses riantes pour faire
» diversion. Je n'ai jamais éprouvé le besoin de distrac-
» tions que recherchent tous ceux qui, comme moi, sont
» livrés au travail des bureaux.

» D'ailleurs, n'est-il pas évident que si j'avais joui de
» mes facultés intellectuelles, la religion, dont à mon insu
» même, j'ai toujours été occupé, aurait complètement
» capté mon imagination, et je ne serais pas aujourd'hui
» désabusé.

» Enfin une dernière preuve que je n'ai pas de facultés
» intellectuelles, c'est que si je les possédais, je serais déjà
» devenu fou. Il m'arrivait d'être obligé de cesser mon
» travail parce que les reins me faisaient mal ; le corps, la
» matière, demandaient du repos, mais l'esprit, la pensée,
» jamais. . . . .
» . . . . . Pour ce point, je dois encore dire qu'ancien-
» nement, alors que j'étais, ou plutôt alors que je me
» croyais dans la vie, il me venait, sans aucune raison,
» la pensée que je ne pourrais jamais devenir fou ; au-
» jourd'hui je comprends cela, privé des facultés intellec-
» tuelles, je ne puis devenir fou. »

Ailleurs, après avoir constaté avec étonnement que ses idées religieuses ont tout à coup à *son insu*, contre *sa volonté*, été remplacées par les idées les plus opposées, il ajoute : « Peut-on voir un bouleversement pareil, il ne peut » évidemment s'expliquer que par *un développement extra-* » *ordinaire d'imagination*, ce qui n'aurait pas eu lieu, si je » n'avais pas suivi une fausse route. Ce changement d'i- » dées et de croyances, autant qu'il serait le résultat de » la réflexion, du raisonnement et de la maturité, n'aurait » rien d'étonnant chez tout autre individu, mais chez moi, » c'est bien extraordinaire; et ce qui fait ressortir toute » l'étrangeté de cette situation, c'est qu'elle se lie d'une » manière intime avec tout mon être physique ; c'est la » conséquence, il paraît, dé la mauvaise route, de la fausse » direction que j'ai suivie. La cause première de tout ce » désordre, n'est-elle pas cette grave incommodité qui a » jeté une perturbation dans mon être physique et moral, » qui a refoulé et anéanti à leur naissance tous mes senti- » ments naturels, tous mes instincts, toutes mes passions. » et qui enfin a détruit *ma perception naturelle*, mon in- » telligence, tout en changeant aussi ma nature animale. »

On voit qu'il y a ici un singulier mélange d'idées fausses et d'idées justes. Le malade, en effet, est dans le vrai lorsqu'il tend à expliquer la perturbation générale à laquelle il est en proie par les pertes séminales qu'il éprouve depuis plusieurs années. Il est encore dans le vrai quand il explique que son changement de croyances et d'idées se lie d'une manière intime aux changements qui ont eu lieu dans son être physique ; tout le reste est erroné. On aura d'ailleurs une idée de cet état physique du malade par les passages suivants :

« Il me semblait parfois que mes tempes allaient se rap- » procher, ma tête était pressée et tiraillée comme par

» des cordes, ma vue troublée ; quelquefois la gêne de la
» respiration devenait telle que j'étais sur le point d'é-
» touffer, ce dont je me réjouissais; mais non, victime
» vouée au supplice, ce n'était là qu'un acheminement
» plus extraordinaire et plus incompréhensible; d'autres
» fois j'avais comme une barre ou plutôt une main de fer
» qui pesait sur mon front; le vent sifflait et bourdonnait
» dans ma tête creuse; ma peau était devenu excessive-
» ment épaisse, endurcie et sèche et la transpiration pres-
» que supprimée; mon corps me semblait de bois ou bien
» au contraire comme de la cire molle ; j'étais agité de trem-
» blements nerveux; j'avais des picotements, des chatouil-
» lements dans l'estomac et dans la poitrine; ils s'éten-
» daient jusque dans les bras; un fluide électrique reflue
» de la tête aux pieds; enfin j'éprouve je ne sais quoi de
» poignant que je ne puis définir et encore moins expli-
» quer; je ne saurais le comparer qu'à ce que l'on dit du
» remords qui ronge le damné sans le détruire. »

Le malade éprouvait des conceptions délirantes en dehors de l'hypochondrie ; il s'attribuait tous les événements malheureux, et entre autres le tremblement de terre de 1839 ; il croyait qu'il ne pourrait jamais mourir, et que les poisons les plus actifs seraient sans action sur lui. Il s'imaginait toujours qu'on l'examinait et qu'on parlait de lui, ce qui augmentait son embarras dans la société et lui faisait rechercher la solitude. Il était atteint, à notre avis, d'une monomanie hypochondriaque provoquée par des pertes séminales, par un régime débilitant et des excès de travail.

IV

HALLUCINATIONS

REPRODUISANT DES SENSATIONS VIVES ANTÉRIEURES

Les hallucinations reflètent les idées des aliénés et sont aussi variées que ces idées elles-mêmes. Elles se produisent souvent nombreuses, incohérentes, offrant successivement à l'imagination une foule d'objets disparates. C'est ce qu'on observe aussi dans les rêves. Quelquefois cependant il en est autrement. Une sensation vive antérieure peut se reproduire spontanément et toujours la même, formant ainsi une hallucination isolée et d'une nature particulière. Ces fausses sensations, si différentes des autres hallucinations, m'ont paru devoir former un genre à part auquel l'observation suivante pourrait servir de type.

Mme G..., âgée de cinquante-quatre ans, fille d'un ancien avocat au parlement, est restée jeune encore, après la mort de son père, sans appui et sans fortune. Longtemps elle a travaillé pour nourrir sa mère; mais celle-ci mourut. Restée seule, Mme G..., ne sut pas maîtriser sa douleur, et dans son désespoir elle courut se précipiter dans la Seine. Retirée à demi asphyxiée, elle ne voulut

indiquer ni son nom, ni sa demeure, et fut conduite au dépôt de Saint-Denis. Quelques années plus tard, elle épousait un ouvrier à la tête d'un petit commerce. Cet homme la rendit malheureuse. Les chagrins devinrent pour Mme G... l'origine d'une habitude funeste : elle commença à faire des excès de boisson. Toutes ces circonstances réunies lui ont troublé l'esprit, et quatre fois, en sept ans, elle est entrée à la Salpêtrière pour cause d'aliénation mentale. Je dois ajouter qu'il existe depuis longtemps des palpitations et quelques signes d'affection organique du cœur.

Tels sont en peu de mots les antécédents de la malade.

Le 24 décembre dernier, Mme G... traversait une petite rue du faubourg Saint-Antoine. Un pot à fleurs, tombé d'une croisée, la frappe à la tête. Elle est renversée et portée, sans connaissance, dans la boutique d'un boulanger voisin. Bientôt on la transporte à l'hôpital, annexe de l'Hôtel-Dieu, rue de Charenton, dans le service de M. Grisolle.

Pendant quelques jours la malade est dans une sorte de stupeur, elle ne se rend qu'incomplètement compte de ce qui se passe autour d'elle. Une plaie existait à la tête. Cette plaie devient le point de départ d'un érysipèle qui envahit tout le cuir chevelu. Deux petits abcès se forment et sont successivement ouverts. Après sept ou huit jours, tous les accidents ont cessé ; mais la malade commence à éprouver une hallucination des plus bizarres.

Il lui semble tout à coup recevoir encore sur la tête le pot à fleurs, comme au jour où elle a été renversée. La douleur lui arrache un cri, et à peine elle a été frappée qu'elle entend, bien distinctement, le bruit du pot qui se brise sur le plancher. Elle reste un instant dans un tremblement général avec de fortes palpitations ; puis, quand

elle est un peu remise, elle cherche autour d'elle les fragments du pot brisé et s'étonne de ne pas les trouver.

Cette hallucination si pénible du toucher et de l'ouïe se répète dix, quinze, vingt fois par jour, et chaque fois avec les mêmes circonstances.

Plus tard une modification très singulière a lieu dans l'hallucination.

Tout à coup la malade éprouve un tressaillement général avec de fortes palpitations. C'est encore le pot à fleurs qui tombe ; mais Mme G..., avertie, baisse brusquement et involontairement la tête et évite le coup. D'ailleurs elle entend, comme auparavant, le bruit du pot qui se brise auprès d'elle.

Ainsi l'hallucination du toucher a cessé mais celle de l'ouïe persiste.

Il est important de remarquer ici que l'hallucination ainsi modifiée est précédée d'un instant par les palpitations.

Mme G..., à son entrée à la Salpêtrière, a dû prendre quelques bains ; mais elle a demandé avec instance qu'on ne lui mît pas le couvercle de force destiné à fixer les malades agités, ce à quoi d'ailleurs on ne songeait pas. La raison de cette demande est simple. Si la malade ainsi retenue, avait été surprise par son hallucination, elle n'eût pu baisser la tête et éviter le coup qu'elle redoutait.

L'hallucination que j'ai décrite n'eût pas suffi pour motiver l'entrée à la Salpêtrière, mais il y avait en outre des idées de grandeurs. Je n'entrerai point à cet égard dans des détails inutiles ; cependant je dois faire connaître l'explication que donne la malade de l'accident qui lui est arrivé dans le faubourg Saint-Antoine.

On a dit à Mme G... que c'était un chat qui avait fait tomber le pot à fleurs qui l'a renversée.

Or Mme G... croit à la métempsycose. Donc ce chat renfermait l'âme d'une dame morte depuis longtemps, et qui avait été son ennemie. La chute du pot a donc été un acte de vengeance, et le chat n'était qu'un instrument.

J'ajouterai que la guérison n'a pas tardé à être complète. Les idées de grandeurs ont bien vite disparu. L'hallucination, devenue de plus en plus rare, a tout à fait cessé. Un seul point subsistait encore à la sortie : c'était la croyance à la métempsycose. Mme G... trouvait tant et de si bonnes raisons pour défendre cette idée, qu'il avait fallu la lui abandonner.

Avant d'aller plus loin, je ferai quelques remarques sur cette observation.

D'abord on voit que l'hallucination qui se reproduit toujours la même, n'est que la répétition spontanée d'une sensation vive antérieure ; et il serait, je crois, sous ce rapport, difficile de rencontrer un fait plus remarquable.

L'observation de Mme G... m'a paru offrir encore d'autres points intéressants.

On sait tout ce qu'offre de curieux le phénomène de l'association des idées ; on sait que les impressions reçues dans le même temps restent unies entre elles comme les anneaux d'une chaîne. Quand la mémoire saisit l'un de ces anneaux elle obtient bien vite tous les autres. C'est là, dans le mécanisme intellectuel, si riche en merveilles, un des faits les plus dignes d'admiration.

Ces associations doivent persister dans les hallucinations qui ne sont que des idées transformées en sensations.

L'hallucination dont j'ai parlé en offre un exemple.

La malade a reçu un coup à la tête, et presque en même temps elle a entendu le bruit du pot qui se brisait. Voilà deux sensations, l'une du toucher, l'autre de l'ouïe, qui sont parfaitement distinctes, mais qui désormais resteront

associées. Aussi dans les premiers temps les voyons-nous se réveiller ensemble. Plus tard le lien qui les unissait se brise : la sensation de l'ouïe, seule se répète ; celle du toucher disparaît.

L'hallucination de Mme G... survenait-elle spontanément, ou bien était-elle provoquée par quelque circonstance appréciable ? C'est un point qu'il est important de rechercher.

J'ai dit que la malade était sujette à des palpitations, et qu'elle offrait des signes d'affection organique du cœur. J'ai dit aussi que, dans les derniers temps, l'hallucination était précédée par les palpitations. C'est alors que la malade avertie baissait brusquement et involontairement la tête pour éviter le coup. C'est donc évidemment le retour des palpitations qui ramenait l'hallucination. Bien des faits dans la vie commune peuvent d'ailleurs faire concevoir ce qui se passait ici. Qu'on observe certaines femmes très impressionnables dans les jours qui suivent quelque grande émotion, une vive frayeur, par exemple. Le moindre bruit qui les surprend suffit alors souvent pour rappeler presque tous les effets de la première frayeur. Ce n'est que peu à peu que cette extrême susceptibilité nerveuse s'émousse, et que le calme se rétablit. Quelque chose d'analogue avait lieu chez Mme G... ce n'était pas le bruit qui renouvelait les impressions reçues ; mais c'étaient les palpitations, résultat spontané de l'affection du cœur.

Dans les cas de cette nature, la connaissance d'une cause occasionnelle qui reproduit ainsi les accidents est d'un grand intérêt ; car elle est un guide pour le traitement. L'hallucination était liée au retour des palpitations ; c'était donc les palpitations qu'il fallait calmer, et c'est dans ce but qu'on a donné des bains et administré la digitale.

Il y a dans le *Traité de l'Irritation et de la Folie* une

idée à laquelle Broussais ne s'est point arrêté, mais que je dois rappeler ici.

« De même, dit-il, que la peur et la surprise causent les « palpitations du cœur, de même les palpitations, par « cause physique, ramènent le sentiment de la peur et de « la surprise. »

J'ai voulu m'assurer si le fait indiqué par Broussais était exact, et dans ce but j'ai exploré avec soin le cœur chez les aliénés en proie à des frayeurs continuelles. Or, sur un assez petit nombre de malades, il m'est arrivé trois fois déjà de rencontrer la panophobie liée à des palpitations de cœur qui avaient de longtemps précédé la maladie mentale, et qui semblaient alors lui imprimer un caractère particulier.

Assurément trois observations ne suffisent pas pour conclure; mais je crois dès ce moment devoir appeler l'attention sur ce point.

Dans tous les cas de cette nature, comme dans celui de Mme G..., c'est encore en calmant les palpitations qu'on pourrait espérer de diminuer les frayeurs des malades. Tant il est vrai qu'on ne saurait jamais, dans le traitement de la folie, oublier l'influence que les différents viscères peuvent exercer sur le cerveau.

J'ai recueilli, il y a peu de temps, l'observation suivante dans le service de M. Mitivié.

Dans l'une des émeutes qui ont ensanglanté Paris en avril 1831, la femme d'un ouvrier, enceinte de huit mois, cherchant à rentrer chez elle, voit son mari tomber mortellement frappé par une balle. Un mois plus tard, elle accouche heureusement; mais le dixième jour après l'accouchement le délire éclate. Dès le début, la malade entend le bruit du canon, des feux de peloton, le sifflement des balles. Elle se sauve dans la campagne, espérant, en s'éloi-

gnant de Paris échapper au bruit qui la poursuit. Arrêtée et conduite à la salpêtrière, elle guérit au bout d'un mois.

Depuis dix ans six accès semblables ont eu lieu, et toujours les mêmes hallucinations se sont renouvelées dès le début du délire. Constamment la malade s'est sauvée dans la campagne pour éviter le bruit du canon, des coups de fusil, des carreaux brisés par les balles. Plusieurs fois, dans la précipitation de sa fuite, elle est tombée à l'eau. Deux fois aussi elle s'y est jetée volontairement pour échapper au supplice de ces bruits, qui lui rappelaient la mort de son mari, et lui faisaient croire aux plus grands malheurs.

Chez cette femme, les hallucinations qui se renouvellent, toujours les mêmes à chaque accès, ne sont encore que la reproduction spontanée de sensations vives antérieures.

J'ai dû rechercher dans les auteurs, des faits analogues aux observations qui précèdent. Je citerai entre autres les suivants.

M. Andral, au début de ses études médicales, avait été frappé, dans un amphithéâtre, de la vue du cadavre d'un enfant à demi rongé par les vers. Le lendemain, à son réveil, il revit le cadavre de cet enfant. « Il était bien là, dit-il, je sentais son odeur infecte ; et, j'avais beau me dire qu'il était impossible qu'il en fût ainsi, cette hallucination dura un quart d'heure. »

Ici, comme dans les observations que j'ai citées, c'était encore une simple répétition d'une sensation vive antérieure (1).

L'hallucination qui, après son accident au pont de Neuilly, poursuivit Pascal avec tant d'opiniâtreté, était aussi de cette nature. Un précipice s'offrait sans cesse à sa

(1) J'ai rappelé ces deux faits à la page 372.

vue, même au milieu de ses plus profondes méditations.

J'emprunte aux Leçons sur l'entendement, de M. Pariset, l'exemple suivant.

Un général, qui a rempli le monde de son nom, se laissa, un jour, dans un combat, entraîner au milieu des ennemis. Éloigné des siens, entouré de toutes parts, il allait périr. Il parvint cependant à se dégager sain et sauf; mais l'impression qu'il avait reçue, au moment du danger, avait été profonde et devait laisser des traces. Depuis lors ce général, monté sur un trône, a éprouvé à certains intervalles, une hallucination très singulière.

Tout à coup, au milieu du silence du palais, on l'entendait pousser de grands cris : il se débattait avec effort comme un homme attaqué. Cela ne durait qu'un instant C'était la scène du combat qui se représentait à sa vue.

M. Pariset ajoutait que les progrès de l'âge avaient affaibli cette fausse sensation, qui était devenue de plus en plus rare.

Dans ce fait, comme dans les précédents, l'hallucination n'était encore que la reproduction spontanée d'anciennes sensations.

Je rappellerai, en terminant, que les douleurs de certains amputés dans les membres qu'ils ont perdus sont encore des hallucinations par simple répétition de sensations vives antérieures.

En résumé, les faits qui précèdent ont tous un caractère commun, bien tranché et peuvent être réunis en un genre particulier qui, dans l'histoire des hallucinations ne sera pas le moins curieux.

Toutes les hallucinations de ce genre sont isolées, peu nombreuses, se renouvellent toujours les mêmes : enfin elles ne sont que la reproduction de sensations vives antérieures.

V

DE L'APHASIE AU POINT DE VUE PSYCHOLOGIQUE[1]

1865

Il y a, comme on le sait, beaucoup d'aphasiques qui n'ont rien autre chose que la privation plus ou moins complète de la parole. C'est l'aphasie simple, l'aphasie dans le sens rigoureux du mot.

Mais à côté de ces malades, on en observe d'autres chez lesquels existe une lésion différente. Ce sont ceux qui prononcent des mots sans rapport avec leurs pensées.

La lésion dont il s'agit alors constitue une perversion plus ou moins grave de la faculté du langage articulé. Quand cette perversion est portée à un très haut degré, elle a pour conséquence, comme l'aphasie la plus complète, de rendre impossible l'expression de la pensée par la parole.

Le malade chez lequel s'est établie cette sorte de dissociation entre les mots et les idées, est en effet aussi isolé du monde extérieur que celui qui est privé de la parole.

Il y a donc deux ordres de lésions tout à fait distinctes, celles qui se rapportent à l'aphasie proprement dite et

(1) Ce travail a été lu à l'Académie de médecine en 1865, dans le cours de la discussion sur l'aphasie.

celles qui caractérisent la perversion de la faculté du langage.

Je commence par l'aphasie simple, j'examinerai ensuite les phénomènes qui se rapportent à la perversion du langage.

I

Aphasie simple.

Les faits que comprend l'aphasie sont très variés et très complexes. Je me bornerai à examiner les deux groupes principaux.

Dans le premier se rangent tous les cas d'aphasie avec perte de la parole et de l'écriture; dans le second tous ceux dans lesquels il n'y a que perte de la parole.

Le premier ordre de faits ne paraît offrir au point de vue de la question physiologique et pathologique aucune difficulté, et tout le monde semble d'accord pour admettre que la lésion fondamentale est l'amnésie. Les malades dont il s'agit ont perdu, à des degrés divers, la mémoire des mots, ils ne peuvent donc désigner les objets ni par la parole ni par l'écriture.

La comparaison du musicien et du piano, dont s'est servi M. Trousseau, est ici parfaitement exacte. L'appareil musculaire, c'est-à-dire l'instrument qui sert à l'articulation des mots, est dans un parfait état d'intégrité. Au contraire, le musicien est privé d'un élément indispensable : la mémoire des mots.

Je passe, au second ordre de faits, dont l'interprétation est beaucoup plus difficile et qui est l'objet de graves dissidences.

Rappelons d'abord que les malades conservent la mémoire des mots, puisqu'ils peuvent traduire toutes leurs

pensées par l'écriture, et, en outre, que les appareils musculaires sont parfaitement sains.

Non seulement les mouvements simples de la langue persistent, mais il est important de faire remarquer que ces mouvements sont parfaitement coordonnés.

On a proposé pour l'explication de ces faits deux hypothèses que je vais successivement examiner.

La première appartient à MM. Trousseau et Broca, la deuxième à M. Bouillaud.

Suivant la première explication, l'aphasie avec conservation de la mémoire des mots devrait être attribuée à l'amnésie des mouvements nécessaires à la parole.

L'enfant ne parle, dit M. Trousseau, que parce qu'il a appris à parler; or, on comprend qu'il peut oublier ce qu'il a appris, et que l'aphasie peut être la conséquence de la perte de la mémoire des mouvements si compliqués, nécessaires à l'articulation des mots.

M. Broca a été plus explicite. Il est porté à penser que les perfectionnements successifs qu'on observe chez les enfants pour le langage articulé, devraient s'expliquer par le perfectionnement successif d'une espèce particulière de mémoire qui n'est pas la mémoire des mots, mais celle des mouvements nécessaires pour l'articulation des mots. C'est cette espèce de mémoire qui serait perdue chez les aphasiques.

On pourrait donc, comme on le voit, devenir aphasique de deux manières, soit en perdant la mémoire des signes du langage, soit en oubliant les mouvements nécessaires à l'articulation des mots.

Cette doctrine a déjà été attaquée, et je dois avouer qu'elle me paraît assez difficile à défendre.

L'enfant apprend à parler en cherchant à reproduire les sons qu'il entend, et la vue ne lui est pas indispensable;

je rappellerai que les aveugles de naissance apprennent parfaitement à parler.

Si on y réfléchit, on verra que les mouvements nécessaires à l'articulation des mots, bien que provoqués par la volonté, ne sont qu'incomplètement dirigés par elle.

Tous les mouvements qui se rapportent au larynx, au voile du palais et aux joues, bien qu'ils soient dans ce cas déterminés par la volonté, peuvent être assimilés aux mouvements réflexes, puisque l'enfant n'en a pas conscience. Pour imiter les sons, celui-ci est obligé de faire des efforts longuement continués, non, comme on l'a dit, pour acquérir la mémoire des mouvements nécessaires à l'articulation des mots, mais bien pour assouplir les organes du mouvement, et créer ces coordinations musculaires.

Qu'on se rappelle avec quelle facilité en général la mémoire s'exerce chez les enfants, et, au contraire, les efforts opiniâtres et longtemps continués qu'exige l'éducation musicale, par exemple, au point de vue de la coordination des mouvements.

Il me semble donc que les efforts faits par les enfants pour arriver à articuler des mots, ne peuvent s'expliquer par la difficulté qu'ils éprouveraient à se rappeler les mouvements qu'ils sont obligés de faire, mais bien plutôt par les obstacles que leur oppose l'instrument lui-même; l'attention de l'enfant, comme celle des oiseaux, comme celle du perroquet, auquel on apprend à parler, se porte sur les sons à imiter; les mouvements, bien que volontaires, se font néanmoins d'une façon en quelque sorte automatique. Dans ces conditions, les faits de mémoire sont donc presque nuls, car il n'y a de mémoire précise que pour les faits dont on a eu parfaitement conscience.

On comprend, d'ailleurs, que si on admettait une aphasie

par perte de mémoire des mouvements, on serait nécessairement conduit à expliquer de la même manière d'autres paralysies, ce à quoi jusqu'à présent personne n'a songé.

Cette hypothèse soulève donc de graves objections, et je ne puis que répéter qu'elle me paraît difficile à défendre.

Je passe maintenant à l'explication proposée par M. Bouillaud.

Pour notre éminent collègue, l'aphasie avec conservation de la mémoire des mots, devrait être attribuée à la lésion d'un organe spécial qu'il appelle *organe coordinateur* ou *législateur* de la *parole*.

Cette doctrine de M. Bouillaud peut surtout s'appuyer sur ce fait, que dans l'exercice des mouvements volontaires, la volonté n'est que le point de départ, les associations et les coordinations musculaires les plus compliquées ayant lieu sans son concours.

« Lorsque je veux mouvoir mon bras, dit Dugald Steward, soudain le mécanisme qui doit produire ce mouvement s'arrange et entre en action, je n'ai d'autre pensée que *celle d'une fin à atteindre*. Mais *les moyens* à l'aide desquels cette fin est atteinte, ne sont ni combinés par ma raison, ni soumis à mon examen. »

On comprend que, si les coordinations musculaires les plus complexes s'accomplissent sans être ni soumises à notre examen, ni combinées par notre raison, on ait cherché à les expliquer par l'existence d'un principe ou d'une faculté spéciale, et qu'on ait créé un organe législateur de la parole.

Cependant, M. Parchappe, dans le travail qu'il a lu à l'Académie, a déjà opposé à cette doctrine des objections

que je n'ai pas à reproduire ici; je crois seulement devoir faire remarquer qu'elle pourrait entraîner très loin.

Pourquoi, en effet, ne créerait-on pas un organe spécial pour l'association et la coordination des idées, bien plus merveilleuses que celle des mouvements. Ici, en effet, la volonté intervient-elle moins directement encore que pour les mouvements musculaires.

Un orateur est tout à coup obligé de traiter un sujet auquel il n'était point préparé.

Ses idées se présentent d'abord avec lenteur; mais, peu à peu, si l'inspiration arrive, elles surgissent avec plus de rapidité, le sujet se développe, s'agrandit et se complète : le but que s'était proposé l'orateur est atteint. Mais les moyens, à l'aide desquels ce but a été réalisé, n'ont été ni combinés par la raison de l'orateur, ni soumis à son examen.

Le cerveau, comme l'a dit notre savant confrère M. Buchez, est un appareil logique; et c'est dans cet appareil, par suite d'une organisation préétablie, que s'opèrent à notre insu ces merveilleuses et inexplicables associations qui réalisent le développement d'un sujet.

Nous perfectionnons les coordinations musculaires par l'exercice, et l'association des idées par l'étude et l'habitude du raisonnement; mais, entre ces préparations et les résultats que nous obtenons, il y a des actes mystérieux dont nous n'avons pas conscience.

Si j'osais hasarder ici une comparaison, je dirais que, pour l'association des mouvements et des idées, nous ressemblons au laboureur qui sème et qui récolte, mais qui ne sait rien du travail de la germination.

Si l'on crée des organes spéciaux plus ou moins nombreux pour expliquer les coordinations musculaires, il

faudrait donc en créer de plus nombreux encore pour expliquer l'association et la coordination des idées.

Peut-être cependant, pourrait-on ne pas être trop embarrassé de cette conséquence, je poserai donc une objection plus directe.

Tout le monde sait qu'il est des hommes doués d'un merveilleux talent d'imitation. On les voit reproduire avec une exactitude étonnante l'expression, la physionomie, la tenue, les gestes, la parole et jusqu'au son de voix de certaines personnes. Pour réaliser cet ensemble, à quelle étonnante coordination de mouvements appartenant à des appareils divers ne faut-il pas arriver? Cependant le mime ne peut ici que se proposer le but, mais les moyens à l'aide desquels il l'atteint lui échappent. Si on crée des organes coordinateurs pour tel ou tel appareil musculaire, il faudra donc en créer aussi pour les coordinations des divers appareils que le mime met en mouvement. Mais qui ne reculerait devant une pareille conséquence?

Il semble donc, comme l'a dit M. Parchappe, qu'il n'est pas indispensable de faire intervenir ici un organe spécial pour la coordination des mouvements.

Cependant admettons, si l'on veut, l'existence de cet organe coordinateur, et cherchons si l'on peut ou non constater chez les aphasiques une lésion de la coordination des mouvements nécessaires à la parole.

Il est bien entendu que, les malades atteints de paralysie générale, si différents d'ailleurs des véritables aphasiques, ne sont point en cause. Il s'agit donc uniquement des malades qui, conservant la mémoire des mots et pouvant communiquer leurs pensées par l'écriture, sont cependant privés de la parole.

J'ai essayé de prouver que ces faits d'aphasie ne pouvaient être expliqués par l'amnésie des mouvements;

voyons maintenant si on peut s'en rendre compte en invoquant un défaut de coordination des mouvements.

J'avoue que la réponse à cette question ne me paraît pas douteuse.

S'agit-il, par exemple, de ces malades chez lesquels l'aphasie est complète, et qui ne peuvent prononcer un seul mot, où trouverait-on la preuve d'un défaut de coordination des mouvements? La fonction est complètement supprimée, et il n'y a aucune trace des désordres qui résultent d'un défaut de coordination des mouvements. Ce désordre serait d'autant plus évident, que les mouvements ordinaires persistent. Qu'on invoque cette cause dans la chorée, rien de plus simple, mais personne ne songe à l'invoquer pour les cas de paralysie. Or, ici, comme je viens de le dire, bien que les muscles ne soient pas paralysés, la fonction est aussi complètement abolie que si cette paralysie existait. Admettre ici une lésion de l'appareil coordinateur, ce serait donc créer une pure hypothèse que détruiraient, d'ailleurs, les faits dont il me reste maintenant à parler.

II

Aphasie avec perversion de la faculté du langage.

Les aphasiques ne sont pas tous complètement privés de la parole, et il en est qui prononcent un certain nombre de mots, toujours les mêmes. Il en est d'autres moins nombreux, il est vrai, qui bien qu'il leur soit impossible de nommer aucun objet, au milieu des efforts qu'ils font, prononcent une foule de mots incohérents. Or, chez ces malades, l'articulation des mots est très nette, et il n'y a nul désordre dans l'appareil coordinateur.

M. Trousseau a raconté comment un de ses malades fut renvoyé par un directeur de l'Hôtel-Dieu pour avoir trop bien articulé un mot inconvenant, auquel était réduit alors son vocabulaire.

Il me semble donc, que pour expliquer l'aphasie telle que l'entend M. Trousseau, et en mettant à part les malades atteints de paralysie générale, on ne saurait invoquer une lésion de l'appareil coordinateur des mouvements.

En résumé, on voit que les explications proposées par M. Trousseau et par M. Bouillaud, soulèvent de graves objections, et sont loin de résoudre la question.

Je n'ai pas à proposer une troisième hypothèse, mais j'essayerai, en tant qu'il me sera possible, de déterminer la lésion véritable qui existe chez les malades atteints d'aphasie avec conservation de la mémoire des mots.

Avant d'arriver à rechercher cette lésion, il me paraît indispensable de rappeler quelques faits.

Il y a, comme on le sait, pour nos facultés, deux états très différents.

Dans le premier, nous les dirigeons vers un but déterminé ; après avoir fait naître telle ou telle idée, nous la gardons plus ou moins longtemps, puis bientôt nous la délaissons pour en provoquer d'autres d'un ordre différent.

C'est l'exercice actif de l'intelligence.

Mais, chose curieuse, dès que cet exercice actif et volontaire cesse, nos facultés abandonnées à elles-mêmes ne restent pas dans le repos. Nos idées continuent à former des associations souvent bizarres, auxquelles nous assistons en quelque sorte en simples spectateurs.

C'est l'exercice involontaire des facultés, l'automatisme de l'intelligence.

Si je rappelle ces faits, c'est que la parole est si étroitement liée par l'habitude à l'exercice de la pensée qu'elle

fait souvent partie « de ces capacités de notre nature qui marchent d'elles-mêmes quand nous cessons d'en prendre la direction. »

On parle souvent tout haut dans les rêves ; on parle encore sans en avoir conscience quand on est sous l'influence d'une très vive préoccupation.

Tout le monde sait qu'on rencontre dans les rues des gens qui parlent seuls et même gesticulent sans s'en apercevoir.

Il existe donc, pour la parole, à côté de l'incitation motrice volontaire, l'incitation motrice involontaire ou spontanée. Or, cette incitation verbale spontanée et involontaire m'a paru jouer un rôle assez important dans l'aphasie, et je vais essayer de l'étudier avec quelques détails.

Quand on lit les observations d'aphasie, on constate chez un certain nombre de malades ce phénomène singulier qu'il leur est impossible de prononcer certains mots quand ils essayent de le faire et qu'ils y appliquent toute leur énergie de volonté; au contraire, quelques instants après, ils prononcent ces mêmes mots sans le vouloir.

Ainsi il y a chez eux perte de l'incitation motrice volontaire, conservation de l'incitation motrice spontanée.

Citons quelques exemples.

Le docteur Forbes-Winslow rapporte l'observation d'un officier d'artillerie qui, à la suite d'une attaque de paralysie, ne pouvait plus parler lorsqu'il essayait de le faire. Toutes ses tentatives n'aboutissaient qu'à un murmure inintelligible, ses efforts étaient violents et se terminaient par un profond soupir. Cependant il pouvait articuler distinctement tous les mots qui lui venaient spontanément.

Il est bien évident qu'ici l'incitation motrice volontaire était abolie, et que l'incitation motrice spontanée persistait.

M. Bouillaud a rapporté, d'après M. Martinet, l'observation d'un malade qui, lorsqu'on l'interrogeait, se servait de mots tout à fait inintelligibles, ou bien ayant un sens tout à fait différent de celui qu'il voulait leur donner. Quand on lui montrait certains objets, il les désignait quelquefois avec justesse, mais souvent aussi il se trompait. Alors il appelait une *plume* un *drap*, un *crachoir* une *plume*, une *main* une *tasse*, une *corde* une *main*, une *bague* un *crachoir*, etc., d'où M. Bouillaud concluait avec raison que ce malade pouvait prononcer les mots : *plume*, *main*, *crachoir*, etc. Mais il importe de faire remarquer que cet aphasique ne pouvait articuler un seul mot quand il le voulait, et qu'au contraire il le prononçait quand il voulait en articuler un autre. C'était donc encore ici l'incitation verbale spontanée qui se substituait à l'incitation verbale volontaire.

Je ne dois pas oublier d'ajouter que ce malade écrivait très bien les mots, et que par conséquent chez lui ce n'était point une affaire d'amnésie.

M. Jules Falret a rapporté, d'après le docteur Forbes-Winslow, l'observation d'un malade qui ne pouvait jamais répéter les lettres *k*, *q*, *u*, *v*, *x* et *z*. Or, ce même malade prononçait très souvent ces mêmes lettres en essayant d'en articuler d'autres.

M. Moreau (de Tours) a rapporté, dans la *Gazette des Hôpitaux*, qu'un malade de son service « ne devenait aphasique que lorsqu'il réfléchissait à ce qu'il voulait dire, lorsqu'il avait la volonté réfléchie *consciente* d'articuler n'importe quelles paroles. »

On sait que sous l'influence d'une passion vive et de la surexcitation cérébrale qu'elle produit, nous ne sommes plus complètement maîtres de régler nos pensées, et aussi de retenir nos paroles, c'est alors qu'on laisse souvent,

comme on le dit, échapper des mots qu'on regrette. C'est donc l'incitation verbale spontanée, substituée, en partie du moins, à l'incitation verbale volontaire. Or, n'est-il pas bien curieux de constater que précisément un certain nombre d'aphasiques retrouvent aussi quelquefois la parole lorsqu'ils sont sous l'influence d'une passion très vive. C'était précisément le cas du malade de M. Moreau; il pouvait parler quand il se mettait en colère.

M. Rufz a communiqué à la Société d'anthropologie des faits très curieux, et qui ne doivent pas être omis dans l'histoire de l'aphasie. Il a vu un certain nombre de personnes qui avaient complètement perdu la parole à la suite de la morsure du serpent Fer de Lance; tantôt l'aphasie s'était produite immédiatement, tantôt quelques heures seulement après la morsure. Les malades qui survivaient à l'empoisonnement restaient indéfinitivement aphasiques. Or, parmi ces malades, M. Rufz cite l'observation d'une femme qui depuis longtemps était privée de la parole, et qui la recouvrit tout à coup dans un accès de jalousie. La parole disparut de nouveau, dès que le calme fut revenu.

Il y a des faits qui prouvent que quand l'incitation verbale volontaire est abolie, elle peut être partiellement rétablie à l'aide de certains moyens. Il y a en ce moment à l'Hôtel-Dieu, dans le service même de M. Trousseau, un aphasique qui ne pouvait prononcer que les mots: *toujours, tout de même*. Cependant, chose singulière, on a découvert qu'il était possible d'amener ce malade à prononcer de courtes phrases, à la condition qu'elles commencent par le mot tout. Ainsi, il dira bien: *tous les élèves, tous les rideaux;* autrement, il lui serait impossible de répéter les mots: *élève, rideau*. L'incitation verbale volontaire, impuissante ici, est donc rétablie partiellement à la condition que j'ai indiquée.

Il se passe d'ailleurs, dans l'état normal des phénomènes qui se rapprochent de ceux que je viens d'indiquer. A-t-on oublié l'orthographe d'un mot, on sait que le plus sûr moyen de la retrouver, c'est d'écrire ce mot très vite, sans y penser, et pour ainsi dire d'une façon tout à fait automatique.

Qui ne sait encore que bien souvent un mot qu'on a vainement cherché apparaît spontanément quelques instants après.

Tous ces cas sont de même nature; il existe alors dans les rapports de la volonté et de l'instrument un trouble fonctionnel évident.

Les malades qui, malgré tous leurs efforts, ne peuvent prononcer un mot quand ils ont la volonté réfléchie de le faire, mais qui le prononcent un peu plus tard spontanément, ont évidemment le trouble fonctionnel dont je viens de parler. L'incitation verbale volontaire est abolie, l'incitation verbale spontanée persiste.

Il me paraît inutile d'insister davantage, et je vais essayer de conclure.

J'ai voulu démontrer que l'aphasie avec intégrité de la mémoire des mots ne semblait pas pouvoir être expliquée par l'amnésie des mouvements nécessaires à la parole, qu'on ne pouvait davantage invoquer un défaut de coordination des mouvements. Or, chez ces malades qui, puisqu'ils peuvent écrire, conservent :

1° L'intégrité de la mémoire ;

2° L'intégrité des mouvements nécessaires à l'articulation des mots, puisqu'ils prononcent très nettement un nombre de mots plus ou moins grand ;

3° Chez lesquels l'incitation motrice spontanée persiste, puisque qu'ils prononcent involontairement les mêmes mots qu'il leur est impossible de prononcer quand ils es-

sayent de le faire, chez ces malades, dis-je, la lésion principale paraît être dans les rapports de la volonté et de l'instrument.

Pour reproduire la comparaison établie par M. Trousseau, je dirai qu'il y a ici un excellent piano et un excellent musicien, mais celui-ci est séparé de l'instrument, et, malgré tous ses efforts, ses mains ne peuvent y atteindre.

J'ai dit en commençant qu'il y avait, en dehors de l'aphasie simple, à étudier encore cette perversion de la faculté du langage qui consiste à prononcer des mots incohérents sans rapports avec les idées qu'on veut exprimer.

La lésion dont il s'agit ici existe à des degrés très différents. Tantôt le malade, on le sait, n'a à sa disposition qu'un ou plusieurs mots avec lesquels il cherche à rendre toutes ses idées. Mais souvent son vocabulaire est plus étendu; quelquefois, enfin, il prononce une foule de mots, parle beaucoup, et même avec volubilité. C'est principalement sur ces derniers cas que je crois devoir insister un instant.

Il y a en ce moment, dans mon service, une femme qui ne peut nommer aucun des objets les plus usuels; elle ne peut même dire son propre nom. Quand on lui présente un objet, elle fait signe qu'elle le connaît; elle fait des efforts pour le nommer, mais n'y parvient jamais. Elle a conscience de son état et s'en afflige. Cependant, cette femme prononce une foule de mots incohérents en les accompagnant de gestes très expressifs, qui prouvent que derrière cette incohérence il y a des idées bien déterminées qu'elle veut exprimer. La perversion du langage a été un moment si grande chez cette malade, qu'on l'a crue sourde et aliénée. La question de surdité a été facile à juger, mais il n'en a pas été de même de la question de l'aliénation. La folie, comme on l'a dit, est une infortune qui s'ignore elle-même;

or, ce caractère essentiel manque chez notre malade, qui semble, en effet, apprécier très bien son état; elle ne se livre d'ailleurs à aucun acte déraisonnable (1).

Dans d'autres faits semblables, on a pu s'assurer que la raison était restée intacte. Ces malades, bien qu'incohérents en paroles, peuvent exprimer normalement toutes leurs pensées par écrit.

Parmi les faits d'aphasie rapportés dans le travail de M. Forbes-Winslow, il y a plusieurs cas de ce genre.

Un militaire, à la suite de deux attaques d'apoplexie, ne pouvait plus prononcer que des phrases incohérentes, et son langage était devenu tout à fait inintelligible; mais ce malade rendait, en les écrivant, toutes ses pensées avec une parfaite lucidité.

Il est des cas où les écrits sont aussi incohérents que les paroles, et néanmoins les malades, en apparence raisonnables, peuvent continuer à jouer à des jeux qui exigent des combinaisons difficiles.

Cependant, on constate souvent alors, des signe d'affaiblissement intellectuel. On fixe difficilement l'attention, et, quelquefois, les malades semblent ne pas entendre eux-mêmes les paroles incohérentes qu'ils prononcent. Ces faits, au point de vue de la médecine légale, sont donc de nature à provoquer d'assez sérieuses difficultés.

Il est impossible de ne pas rappeler ici, à l'occasion de cette incohérence en quelque sorte aiguë, qui accompagne ou même constitue seule certains cas d'aphasie,

(1) Dans un intéressant mémoire ayant pour titre : *De l'aphasie simple et de l'aphasie avec incohérence*, M. Magnan a rapporté une observation ayant beaucoup d'analogie avec le fait qui précède. « Le malade paraissait suivre une série d'idées, mais il avait extrêmement perdu le souvenir des signes conventionnels qui les expriment et il traduisait son langage intérieur par un verbiage incohérent. »

(Société de Biologie, 1879.)

la démence incohérente chronique, qui est une terminaison fréquente des vésanies.

Assurément, rien n'est plus dissemblable quant au fond, et cependant, malgré la différence essentielle qui sépare ces deux états, il y a au moins un fait qui les rapproche. Chez notre malade de la Salpêtrière et chez d'autres aphasiques, l'incohérence n'a pas lieu d'emblée. Les premières phrases sont en général assez faciles à comprendre : bientôt les mots incohérents deviennent plus nombreux, puis enfin le langage est tout à fait inintelligible. Or, ce même caractère s'observe dans la démence incohérente chronique consécutive aux diverses vésanies. Là aussi le début de la conversation est souvent assez satisfaisant, mais peu à peu l'incohérence augmente, et devient bientôt apparente pour ceux qu'elle n'avait pas frappés d'abord.

Une femme est traduite devant un tribunal ; le médecin qui l'avait examinée prédit d'avance qu'elle répondra exactement pendant dix minutes, mais qu'alors elle commencera à déraisonner. Cette prédiction se réalise au grand étonnement des magistrats.

Je reviens à la question de physiologie pathologique.

Parmi les malades atteints de graves lésions du langage dont je viens de parler, il y en a qui ont perdu la mémoire des mots, et c'est le cas de la femme qui est dans mon service. Il en est d'autres qui l'ont conservée, et qui peuvent rendre toutes leurs pensées par l'écriture. Mais tous ces malades ont cela de commun qu'ils prononcent des mots sans rapport avec leurs pensées.

Je rappellerai d'abord que cette lésion de la substitution des mots peut se présenter quelquefois dans l'état normal, pendant le cours d'une improvisation.

Il arrive qu'un orateur prononce un mot sans rapport avec la pensée qu'il développe ; tantôt il s'aperçoit de son

erreur et la rectifie; tantôt, au contraire, cette erreur passe pour lui inaperçue.

Ce fait de substitution d'un mot à un autre s'explique par l'excitation à laquelle l'orateur est en proie, et par la facilité avec laquelle la parole automatique se produit alors par le fait même de cette excitation.

Rien de semblable, en effet, n'a lieu dans la simple conversation, et lorsqu'on est complètement de sang-froid. Ainsi en est-il de quelques aphasiques : arrêtés à chaque instant par la perte de mémoire d'un grand nombre de mots, ils font avec impatience des efforts infructueux pour trouver l'expression qui leur échappe. C'est alors que surgissent d'une façon automatique des mots sans suite dont quelques malades ont conscience, mais qui chez beaucoup d'autres leur semblent être la traduction exacte de leur pensée.

Quand la perversion du langage est portée très loin, il y a évidemment quelque chose de plus. La substitution des mots, devenue habituelle, ne s'explique plus par l'excitation, l'impatience qui résulte des efforts du malade.

Néanmoins, la lésion est la même. Il s'agit toujours de l'incitation verbale involontaire, de la parole automatique, substituée à l'incitation verbale volontaire.

Notre malade de la Salpêtrière a été examinée par un savant psychologue, et il a formulé sur notre registre d'observations son diagnostic dans une simple phrase très concise.

Ce diagnostic peut, au premier abord, paraître assez étrange, mais la formule, pour avoir besoin peut-être d'être expliquée, n'en est pas moins exacte. L'état de la malade, au point de vue psychologique, a été ainsi résumé :

« *Chez cette femme les conceptions se recouvrent.* »

La malade veut exprimer une idée, mais des mots sans

rapport avec cette idée surgissent d'une façon automatique; l'idée disparaît alors derrière eux, pour ainsi dire recouverte avant de s'être produite. Cette formule : « *Les conceptions se recouvrent,* » bien qu'elle puisse, comme je l'ai dit au premier abord, paraître étrange, exprime donc cependant assez bien, quant au fond, la lésion fonctionnelle.

En résumé :

1° Chez les malades qui ne peuvent exprimer leurs pensées ni par la parole ni par l'écriture, l'aphasie s'explique de la manière la plus simple par l'amnésie;

2° Pour les malades qui sont privés de la parole, mais qui peuvent traduire leurs pensées par l'écriture, il me semble que l'aphasie ne peut être expliquée, comme on a essayé de le faire, ni par l'amnésie des mouvements, ni par la lésion d'un organe coordinateur de la parole;

3° L'analyse des phénomènes conduit à reconnaître, dans certains cas de ce genre, que l'incitation verbale involontaire persiste, mais que l'incitation verbale volontaire est abolie;

4° Quant à la perversion de la faculté du langage, caractérisée par la prononciation de mots incohérents, la lésion consiste encore dans la substitution de la parole automatique à l'incitation verbale volontaire.

VI

DES FAUX JUGEMENTS

A L'OCCASION DES SENSATIONS

1849

M. Lélut a défini les illusions « de *faux jugements* portés à l'occasion de l'action provoquée ou spontanée des sens. »

Nous croyons que cet auteur a confondu deux choses qu'il importe de distinguer et qui en effet ont été jusqu'ici réunies sous un même nom.

A notre avis, les illusions des sens diffèrent essentiellement des faux jugements portés à l'occasion des sensations.

Dans les unes il y a réellement une fausse sensation.

Dans les autres la sensation est perçue comme dans l'état normal, mais le malade l'interprète d'une manière fausse.

D'ailleurs les faux jugements à l'occasion des sensations sont souvent tels qu'il est impossible de les confondre avec les illusions.

Une malade soutient qu'elle a reçu l'ordre de sortir de l'hospice et elle réclame sa liberté.

On lui demande qui lui a donné cet ordre. « C'est, dit-elle, un Monsieur qui est venu il y a quelques jours visiter l'établissement, il a levé sa canne d'une certaine manière, c'était l'ordre pour moi de sortir. »

Cette femme a-t-elle eu une illusion des sens? Assurément non, elle a interprété d'une certaine manière une sensation bien réelle; elle a porté un faux jugement ou plutôt elle a eu une conception délirante à l'occasion d'une sensation.

Rien de plus ordinaire que ces faits chez les hallucinés et rien de plus difficile que de reconnaître au milieu de tout cela les véritables hallucinations.

A celui-ci on parle par un clignement d'yeux; à cet autre par tel ou tel geste, puis viennent les sensations internes: un fourmillement, un borborygme, une douleur qui *veulent dire* telle ou telle chose.

On leur a commandé tel ou tel acte, ils ont appris telle ou telle nouvelle et, quand on cherche à savoir comment tout cela s'est fait, on arrive à découvrir qu'il n'y a eu ni illusion des sens, ni hallucination, mais tout simplement une fausse interprétation de certaines sensations bien réelles et nous pourrions dire bien normales.

Nous allons passer en revue les principales variétés que ce délire présente.

Il peut reconnaître deux sources.

Tantôt il se produit à l'occasion de sensations externes, tantôt au contraire à l'occasion de sensations internes.

Citons quelques observations :

Une demoiselle de quarante-deux ans par suite de visions s'est rendue à Rome à pied et en mendiant; ramenée en France elle fut renfermée comme aliénée à l'hospice de la Salpêtrière.

Cette malade a de véritables hallucinations de l'ouïe,

mais son délire roule principalement sur des conceptions délirantes à l'occasion des sensations.

Ainsi un chiffre marqué sur une étoffe *veut dire* telle chose, un mot écrit sur un chiffon de papier *signifie* qu'on doit lui accorder telle faveur qu'elle réclame.

A chaque instant on lui parle ainsi par toutes sortes de signes.

« Elle a, dit-elle, bien des *alphabets* à sa disposition », tout lui indique ce qu'elle doit faire. Elle reçoit des ordres par plusieurs procédés. Ici c'est une porte laissée ouverte qui veut dire qu'on lui ordonne de sortir; là un geste qui lui montre qu'elle doit sauter par-dessus le mur, etc...

Une mélancolique examine chaque matin son mucus nasal et selon qu'il est transparent ou opaque, jaune ou vert, elle en conclut qu'elle doit s'imposer des jeûnes et des privations, ou bien au contraire avoir la conscience plus tranquille.

Les augures qui interprétaient le vol des oiseaux et interrogeaient les entrailles des victimes portaient des faux jugements à l'occasion des sensations.

Les faits de ce genre sont très communs.

Un halluciné de Bicêtre prétendait entendre des gardes municipaux dans des souterrains au-dessous de l'hospice et il leur donnait des ordres par des clignements d'yeux. Un regard voulait dire va à droite ou à gauche, et ainsi de suite.

M. Leuret, qui rapporte l'observation de ce malade, lui demande un jour comment il se fait que ses voisins n'entendent pas les voix dont il parle.

« C'est, répond le malade, que nos conversations se font à voix base; et d'ailleurs nous nous *comprenons souvent par des signes.* »

Quelquefois ce sont des sensations internes qui sont le point de départ des faux jugements.

S..., menuisier, âgé de quarante-sept ans, avait eu des hallucinations de l'ouïe. Il entendait des voix qui lui ordonnaient de ne pas manger. Ces hallucinations avaient cessé depuis un mois lorsque Dieu lui ordonna de refuser de nouveau les aliments qu'on lui présentait. C'est par des *fourmillements*, des *chocs* dans les jambes que Dieu lui transmettait ces ordres.

Le malade refusa en effet de rien prendre du 4 au 13 août. On employa ensuite la sonde pour le faire manger, mais il n'en succomba pas moins à la fin du mois; sa mort, comme on le voit, fut la suite des ordres qu'il avait reçus par des *fourmillements* dans la jambe droite sur laquelle existaient plusieurs ulcérations.

Dans ce cas les conceptions délirantes à l'occasion des sensations avaient succédé à des hallucinations de l'ouïe, mais le plus souvent les deux ordres de symptômes se trouvent réunis.

Tel est le délire que nous croyons devoir séparer des illusions des sens; il est si fréquent chez les hallucinés qu'il nous a paru devoir mériter une attention spéciale.

Socrate en offrait un curieux exemple, il était souvent arrêté dans ses projets par un *signe du démon*... par *le signe accoutumé du démon*.... par *quelque empêchement du démon*.

Ce signe du démon chez Socrate était quelque sensation externe ou interne, ainsi qu'on peut s'en assurer en lisant l'ouvrage de M. Lélut (1).

(1) Lélut : *Sur le Démon de Socrate*.

VII

DE LA FOLIE

A LA SUITE DES

FIÈVRES INTERMITTENTES

Parmi les médecins qui ont écrit en France sur les maladies mentales, plusieurs ont indiqué les fièvres en général comme prédisposant à la folie. Aucun ne paraît avoir fixé son attention d'une manière spéciale sur les fièvres intermittentes, signalées par Sydenham, Boerhaave et quelques auteurs allemands comme une cause assez fréquente des dérangements de l'intelligence.

Ce silence des manigraphes français peut s'expliquer jusqu'à un certain point. Presque tous, en effet, ont observé la folie à Paris où les fièvres intermittentes ne sont pas communes et où elles acquièrent rarement l'intensité qu'elles ont dans d'autres localités. On conçoit donc que les faits qui se présentent soient passés inaperçus.

Avant d'aller plus loin, je crois devoir rappeler le passage dans lequel Sydenham parle de l'influence des fièvres intermittentes sur la production de la folie. J'emprunte ce passage à la traduction de Beaumès.

Après avoir indiqué les nombreux accidents qui suivent

les fièvres intermittentes, accidents, dit-il, dans le détail desquels il ne peut entrer, Sydenham ajoute :

« Mais je ne saurais m'empêcher de parler d'un symptôme important, qui, bien loin de céder aux purgatifs, pas même à la saignée, devient au contraire plus violent par ces remèdes. C'est une sorte de manie particulière, laquelle vient quelquefois après les fièvres intermittentes qui ont duré fort longtemps, et surtout après les fièvres quartes. »

Sydenham insiste ensuite sur le traitement de cette espèce de folie contre laquelle il recommande les toniques.

Il ne saurait assurément y avoir ici aucun doute. L'illustre praticien anglais a observé à la suite de fièvres intermittentes une espèce particulière de la folie ; il l'a observée assez souvent, et s'étonne que les auteurs qui l'ont précédé n'en aient rien dit. On peut à plus forte raison manifester aujourd'hui le même étonnement du silence des médecins qui ont écrit en France sur les maladies mentales.

C'est l'oubli presque complet dans lequel est resté chez nous ce point de pathologie qui m'engage à publier les deux faits suivants, dans le but surtout de provoquer sur ce sujet de nouvelles recherches.

OBSERVATION PREMIÈRE.

M. B..., âgé de vingt-cinq ans, chef de bureau dans une administration, fut amené à la maison de Charenton, le 12 août 1883 d'un département où les fièvres intermittentes sont endémiques.

Il résulte des renseignements donnés par la famille que ce jeune homme entrait à peine en convalescence d'une fièvre intermittente qui avait duré six semaines, lorsque la folie a éclaté tout à coup après quelques jours d'une céphalalgie très intense.

On eut recours sans succès aux saignées générales, aux applications de sangsues et aux bains, et M. B... fut conduit à Charenton, offrant tous les symptômes de la variété de folie décrite par Georget sous le nom de stupidité.

La physionomie dénotait une profonde hébétude; le malade restait toute la journée immobile à la même place dans un état complet de mutisme. Il ne prenait aucun soin de propreté: on était obligé de le faire manger.

M. Esquirol fit appliquer un large vésicatoire à la nuque, et après trois mois la guérison était complète.

OSERVATION DEUXIÈME.

N..., âgée de quarante-quatre ans, avait eu à Nantes une fièvre intermittente tierce,qui s'était prolongée pendant trois mois ; elle était convalescente depuis trois semaines lorsqu'elle retomba malade à Paris. On crut d'abord que c'était une récidive de la fièvre intermittente. Le premier jour, en effet, il y eut une fièvre très forte qui se termina par une sueur très abondante. Cependant cette fièvre n'a plus reparu; mais depuis ce moment on a observé des signes non équivoques de folie. Le 14 juin dernier, cette femme fut amenée à la Salpêtrière dans le service de M. Mitivié. La physionomie avait une expression de crainte et indiquait en même temps une sorte d'hébétude. La malade ne semblait pas savoir où elle était, ni comprendre ce qu'on lui voulait. Elle avait l'air égaré, et ne prononçait que quelques phrases très courtes et sans suite. Elle craignait qu'on ne la fît porter à la Morgue, qu'on ne l'empoisonnât, etc. Ses vêtements étaient en désordre et on était obligé de la faire manger. Après un mois elle fut retirée de la Salpêtrière par sa famille, avant qu'on eût encore obtenu aucune amélioration.

Les deux observations que je viens de rapporter ont cela

de commun que les malades étaient tous deux convalescents d'une fièvre intermittente lorsque la folie a éclaté sans cause occasionnelle appréciable. Je crois devoir rappeler que c'est aussi pendant la convalescence des fièvres intermittentes que Sydenham a vu survenir la folie. Il dit positivement qu'elle leur succède et non pas qu'elle les complique. Ce point est encore confirmé par un médecin allemand, Sébastiaan, qui va jusqu'a dire que, dans certains cas, le délire éclate plusieurs mois seulement après la cessation de la fièvre. Le même auteur ajoute que la folie survient souvent lorsque la fièvre récidive : or, c'est ce qui paraît avoir eu lieu chez la seconde malade dont je viens de parler.

Les deux faits qui précèdent se trouvent donc complètement d'accord avec ceux qu'ont indiqués Sydenham et Sébastiaan, et dont les auteurs qui ont écrit en France sur la folie n'ont rien dit. J'ai pensé que ces faits auraient peut-être sous ce rapport quelque intérêt.

Je pourrais m'arrêter ici, en me bornant à faire appel à de nouvelles recherches; mais les deux observations que j'ai recueillies confirment d'une manière singulière un autre passage de Sydenham dans lequel, après avoir parlé de la folie en général, il revient sur celle que provoquent les fièvres intermittentes.

« Il y a, dit-il, une autre espèce de manie qui succède aux fièvres intermittentes de longue durée et qui dégénère enfin en stupidité. »

Sydenham ne se borne plus ici à signaler la folie à la suite des fièvres intermittentes. Il lui assigne dans ce cas un caractère ou au moins une terminaison spéciale. Elle dégénère, dit-il, en stupidité.

Or, ne dois-je pas faire remarquer que les deux malades

dont j'ai parlé sont précisément tombés dans cet état de stupidité signalé par Sydenham.

Cette complication n'a d'ailleurs rien qui doive surprendre, puisqu'elle survient quelquefois à la suite des fièvres intermittentes sans être précédée d'aucun dérangement de l'intelligence.

Je rappellerai entre autres les faits suivants :

Le docteur Trucen cite l'observation d'un militaire, âgé de vingt-six ans, qui, après une fièvre intermittente tierce, resta pendant quatre mois dans un état de stupeur avec une sorte d'insensibilité générale. Les mêmes symptômes, survenus aussi à la suite d'une fièvre intermittente, persistèrent à peu près le même temps chez un autre militaire, âgé de vingt-huit ans. Chez un troisième malade, la stupeur disparut après deux mois.

M. Nepple, dans son Traité des fièvres intermittentes, rapporte aussi l'observation d'un malade qui passa vingt jours dans une sorte d'idiotisme.

Enfin M. Moreau, médecin de Bicêtre, a vu à l'hôpital de Tours, où les fièvres intermittentes sont très communes, un fait du même genre, mais dans lequel l'idiotisme persista plus longtemps.

Ainsi un état de stupeur ou d'idiotisme, pouvant se prolonger pendant plusieurs mois, est un des accidents consécutifs des fièvres intermittentes. On conçoit donc qu'il soit aussi une complication de la folie survenue à la suite des mêmes fièvres.

Il me reste à examiner comment les fièvres intermittentes peuvent concourir à produire la folie, et pourquoi la folie, dans ce cas, dégénère en stupidité.

La nature des fièvres intermittentes n'est pas connue, mais on a pu assez facilement démontrer qu'elles avaient beaucoup d'analogie avec les affections nerveuses. Or, les

maladies du système nerveux, par l'ébranlement et l'excitation qu'elles lui impriment, prédisposent toutes plus ou moins à la folie. L'épilepsie, l'hystérie, la chorée, les gastralgies, etc., sont dans ce cas. Les fièvres intermittentes peuvent donc agir de la même manière; mais elles semblent sous un autre rapport avoir une action encore plus directe.

Tout le monde sait qu'un état particulier d'anémie est un résultat constant des fièvres intermittentes qui se prolongent. Il résulte de cet état une prédominance fâcheuse du système nerveux sur le système circulatoire, et, chez les sujets disposés aux affections nerveuses, c'en est assez pour les produire. Je rappellerai à cette occasion les perversions morales des chlorotiques, l'excitabilité nerveuse développée chez beaucoup de sujets par des saignées abondantes, et enfin cette proposition si souvent répétée, mais si vraie, que le sang est le modérateur des nerfs : *Sanguis moderator nervorum.*

Ainsi les fièvres intermittentes prédisposent à la folie de deux manières : d'abord en agissant comme toutes les affections nerveuses, mais bien plus encore, peut-être, en produisant l'anémie et la prédominance du système nerveux sur le système circulatoire. C'est pourquoi Sydenham, dans les cas de ce genre, recommande avant tout les toniques.

Il est plus facile encore de s'expliquer pourquoi la folie provoquée par les fièvres intermittentes prolongées dégénère en stupidité.

Les hydropisies sont, comme on sait, un des accidents consécutifs les plus communs des fièvres intermittentes. Or les épanchements séreux, comme le remarque avec raison M. Bretonneau, se font tantôt dans un point, tantôt

dans un autre, selon la prédominance d'irritation de tel ou tel organe.

C'est donc au cerveau qu'affluera la sérosité chez un sujet aliéné. On conçoit donc très bien comment la folie, à la suite des fièvres intermittentes, se complique d'œdème du cerveau, et comment de cet œdème résultera une compression qui jettera le malade dans l'état de stupidité indiqué par Sydenham, et que j'ai rencontré dans les faits que j'ai rapportés.

Ces idées se présentent si naturellement que le docteur Trusen a cité les observations de stupeur à la suite de fièvres intermittentes que j'ai rappelées, comme des exemples d'hydrocéphale. Cela a paru si simple encore, dans le fait vu à l'hôpital de Tours, que M. Bretonneau fit appliquer sur la tête du malade un large vésicatoire pour faciliter la résorption du liquide épanché.

On pourrait donc *à priori* attribuer la stupidité à la suite de fièvres intermittentes à l'œdème du cerveau; mais voici des preuves plus directes.

M. Étoc, médecin en chef de l'hospice des aliénés de la Sarthe, qui a publié une excellente monographie sur la stupidité, a recherché à quelle lésion anatomique cette complication pouvait être rapportée. Or, dans toutes les autopsies qu'il a faites, il a constamment trouvé une véritable hypertrophie du cerveau produite par l'œdème de la substance cérébrale.

Ce qu'il importe de remarquer, c'est que M. Étoc n'a rien dit dans son travail de l'influence des fièvres intermittentes sur la production de la stupidité; cependant il eût pu invoquer cette influence, qui explique jusqu'à un certain point l'œdème du cerveau. L'altération signalée par M. Étoc a donc été observée en dehors de toute idée préconçue, et

les faits qu'il a publiés ont, sous ce rapport, d'autant plus de valeur.

Mais si la stupidité est, dans certains cas au moins, le résultat de l'œdème de la substance cérébrale, on comprend combien les saignées, dans la folie, à la suite de fièvres intermittentes, doivent faciliter cette complication en augmentant l'état d'anémie déjà produit par les fièvres : aussi ont-elles été proscrites par Sydenham. On doit regretter que ce précepte ait été oublié pour le premier malade dont j'ai rapporté l'observation. Ce malade avait eu, plusieurs années auparavant, deux accès de folie. L'un avait duré six semaines, l'autre quinze jours seulement. Le troisième accès, au contraire, survenu à la suite d'une fièvre intermittente et traité au début par la saignée, s'est compliqué de stupidité et s'est prolongé pendant quatre mois. Ce troisième accès a donc duré deux fois plus longtemps que les deux premiers accès réunis. C'est un fait qui pourrait servir d'exemple dans des cas analogues.

Je crois devoir rappeler en terminant que c'est après avoir vainement cherché dans les ouvrages de Pinel, d'Esquirol, de Fodéré, de Georget et des autres manigraphes français quelques détails sur les faits signalés par Sydenham, que j'ai cru devoir publier cette note, dans le but surtout de provoquer sur ce sujet de nouvelles observations.

Plusieurs membres de la Société de médecine, à laquelle cette note a été communiquée, ont objecté que les deux observations que j'ai citées étaient tout à fait insuffisantes pour prouver que les fièvres intermittentes provoquent quelquefois la folie. Il y a tant de fièvres intermittentes, a-t-on dit, que si elles avaient quelque action sous ce rapport, les faits devraient être très nombreux. J'ajouterai moi-même une autre objection : les deux observations qui

précèdent ont d'autant moins de valeur que les malades avaient eu antérieurement des accès de folie.

Je ne puis répondre à cela qu'en répétant ce que j'ai dit plus haut : Sydenham a vu souvent la folie, et une espèce particulière de folie, survenir à la suite de fièvres intermittentes; il s'étonne du silence des auteurs à cet égard. Sébastiaan a fait un long Mémoire sur ce même sujet; il regarde la folie à la suite des fièvres intermittentes comme assez fréquente, et cite un certain nombre d'observations. Si on admet que Sydenham et Sébastiaan aient bien observé, d'où vient le silence des manigraphes français, de Pinel, d'Esquirol, etc. ? Mon seul but est d'appeler l'attention sur ce point d'étiologie et de provoquer des observations. Les deux cas isolés que j'ai cités n'ont par eux-mêmes aucune importance, car deux observations ne prouvent rien. J'ajouterai cependant ici un troisième fait, que j'ai trouvé dans les registres de la maison royale de Charenton.

M. B..., âgé de soixante-douze ans, ancien curé, est entré à Charenton le 12 décembre 1822.

Son délire, caractérisé par des idées ambitieuses, datait de sept mois. On l'attribuait à la suppression de deux cautères que le malade avait depuis longtemps.

M. B... avait eu, vingt-quatre ans auparavant, un premier accès, qui *était survenu à la suite d'une fièvre tierce.*

Il y avait d'ailleurs très probablement chez M. B... une prédisposition héréditaire: une de ses sœurs avait été atteinte d'aliénation mentale.

Parmi les causes de folie indiquées par MM. Aubanel et Thore, dans leur Statistique de Bicêtre, se rouve aussi un cas de folie à la suite des fièvres intermittentes.

Le Traité de l'aliénation mentale de Pinel offre encore l'observation suivante (p. 351) : « Un homme de lettres, sujet à des excès de table, guéri depuis peu d'une *fièvre*

tierce, éprouve vers l'automne toutes les horreurs du penchant au suicide, etc. »

M. le docteur Payen, médecin de l'hospice des aliénés d'Orléans, a aussi recueilli une observation de folie à la suite d'une fièvre intermittente.

Un fait du même genre s'est présenté, m'a-t-on dit, cette année, dans le service de M. Falret.

Je crois donc qu'en étudiant désormais ce point d'étiologie dans les localités où les fièvres intermittentes sont fréquentes, on arriverait bientôt à recueillir un nombre de faits assez considérable.

Louyer Villermay, dans une consultation faite pour une dame atteinte d'hypochondrie *par suppression d'une fièvre intermittente*, dit que la suppression de ces fièvres, surtout quand elle a été brusque, détermine quelquefois des affections nerveuses.

J'ajouterai que je connais plusieurs observations d'épilepsie survenues à la suite de fièvres intermittentes.

En résumé, il s'agit, quant à la folie, d'étudier un point d'étiologie, et mon travail n'a pas d'autre but que de provoquer des observations et des recherches sur ce sujet.

VIII

INFLUENCE

DE LA

PREMIÈRE MENSTRUATION

APRÈS L'ACCOUCHEMENT

SUR LA PRODUCTION DE LA FOLIE (1)

1856

J'ai souvent signalé dans mes leçons l'influence de la première menstruation après l'accouchement sur la production de la folie. On comprend que la fonction, supprimée depuis près d'une année, se rétablissant chez les femmes qui ont été en proie à des émotions vives et qui sont souvent dans un état d'anémie, doit déterminer plus de troubles sympathiques que la menstruation dans les conditions ordinaires. Aussi arrive-t-il souvent que le délire éclate vers la sixième semaine après l'accouchement. C'est tantôt avant et tantôt pendant cette première menstruation que la folie se manifeste. Si elle débute à l'époque où la première menstruation devrait reparaître après l'ac-

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1856.

couchement, l'influence de la cause n'en doit pas moins être admise, bien que l'écoulement menstruel n'ait pas eu lieu. Combien d'aliénées atteintes d'aménorrhée, et qui ont des paroxysmes d'excitation à l'époque où les règles devraient paraître. Il en est de même ici.

Quelquefois on n'observe qu'un trouble passager des idées. Une dame m'a raconté que six semaines environ après son accouchement, étant à travailler, elle sentit tout à coup un désordre singulier dans son intelligence; elle s'effraye, sonne sa femme de chambre, demande du secours. Bientôt le calme se rétablit, et elle s'aperçoit que ses règles venaient de reparaître.

On m'a rapporté un autre fait du même genre. Il s'agit d'une dame qui six semaines après son accouchement étant au théâtre, fut tout à coup prise d'une sorte de délire qui ne dura que peu d'instants : la menstruation venait aussi de paraître.

Ces faits ont quelque intérêt au point de vue pratique; la conséquence qu'il faut en tirer, c'est qu'il importe de surveiller avec soin cette première époque menstruelle après l'accouchement, chez les femmes prédisposées à la folie ou qui auraient eu déjà un accès d'aliénation mentale.

M. Marcé a depuis insisté sur cette influence de la première menstruation à la suite de l'accouchement sur la production de la folie puerpérale.

« La première menstruation qui suit l'accouchement exerce, dit-il, sur le développement de la folie puerpérale une influence que M. Baillarger a signalée depuis quelque temps déjà et que nos propres observations confirment d'une manière non douteuse. De toutes les causes occasionnelles, c'est peut-être la plus fréquente et c'est en même temps l'une des plus naturelles. »

Plus loin il ajoute : « Sur 44 femmes atteintes de folie après l'accouchement et qui n'avaient pas allaité j'en ai trouvé 11 qui sont tombées malades vers la sixième semaine, c'est-à-dire précisément au moment du retour des couches. »

Cette influence de la première menstruation se fait sentir aussi chez les femmes qui allaitent. Sur 22 cas de folie observés chez des nourrices, Marcé en a vu six chez lesquels les premiers troubles intellectuels se sont manifestés vers la sixième semaine qui a suivi le début de l'allaitement et il ajoute : « Il est difficile de ne pas voir encore dans cette dernière coïncidence un des résultats de l'action toute spéciale que l'époque du retour de couches semble exercer. »

Il conclut enfin de la manière suivante :

« En résumé, chez les nouvelles accouchées, chez les nourrices pendant la lactation ou après le sevrage lorsqu'il y a prédisposition à la folie, la première menstruation est un moment qui exige de grandes précautions pour être traversé impunément, une fois que cette époque est passée les chances d'accident diminuent beaucoup (1). »

Comme on le voit, les recherches de Marcé confirment complètement les observations recueillies par moi à la Salpêtrière et qui m'avaient conduit à attacher une grande importance à l'influence de la première menstruation à la suite de couches sur la production de la folie puerpérale.

J'ai indiqué plus haut la conséquence pratique de ce fait et il me paraît inutile d'insister de nouveau sur ce point (2).

(1) Marcé : *De la folie puerpérale*.

(2) Parmi les causes qui prédisposent à la folie survenant après l'accouchement il faut indiquer l'âge relativement avancé des accouchées. Les

Parmi les faits de folie puerpérale que j'ai observés, l'un des plus intéressants est le suivant que je crois devoir rappeler ici :

Une femme est amenée à la Salpêtrière dans un état de manie très aiguë ; l'agitation était extrême, l'incohérence complète. On n'avait aucun renseignement; impossibilité de rien savoir de la malade elle-même dont on ne pouvait fixer l'attention. Les seins étaient complètement affaissés, mous et rien n'indiquait que cette femme eût été nourrice avant l'explosion de son délire.

Cependant, le cinquième jour, on fut très surpris de trouver le sein droit très tuméfié, tendu et laissant écouler une assez grande quantité de lait. Dès ce moment l'agitation se calme, le délire disparaît et, quelques jours après, la malade entre en convalescence.

Le professeur Rech, de Montpellier, a publié en 1826 deux observations de folie à la suite de sevrage, et qui furent guéries par l'allaitement. Bien que ces deux faits puissent paraître un peu étranges, ils m'ont semblé assez curieux pour que j'aie cru devoir les reproduire dans les *Annales médico-psychologiques* en 1856. Je me borne à rappeler le premier. Une femme atteinte d'une manie intermittente, n'avait pas cessé d'avoir un peu de lait, bien que quatorze ans se fussent écoulés depuis qu'elle avait nourri son dernier enfant. M. Rech, frappé de cette circonstance, fit allaiter un petit chien par la malade, qui fut bientôt guérie : la manie, qui avait le type intermittent, durait depuis douze ans.

recherches faites à la Salpêtrière ne me laissent pas de doute sur la proportion plus grande des cas de folie chez les femmes au-dessus de trente ans

IX

DE LA DIÈTE LACTÉE

DANS LE TRAITEMENT DE LA MANIE

ET DE LA MÉLANCOLIE AIGUËS (1)

On sait l'importance qu'on a depuis longtemps accordée et avec raison aux bains prolongés dans le traitement de la manie aiguë. Il convient cependant d'ajouter qu'il ne faut pas recourir à cette pratique dans tous les cas sans distinction.

Quand la manie éclate, chez les femmes affaiblies par une maladie antérieure, par une mauvaise alimentation, etc., les bains, si on les emploie, ne peuvent l'être qu'avec de très grands ménagements.

Dans les conditions que je viens de rappeler j'ai eu assez souvent recours à la diète lactée.

Les malades acceptent en général très bien le lait qui sert en même temps d'aliment et de boisson. Quelques-unes, comme cela est arrivé dans les deux cas que je publie plus bas, le boivent avec avidité et en prennent plusieurs litres dans les vingt-quatre heures.

Je faisais ajouter au lait de l'eau de laurier-cerise qui lui donne plutôt un goût agréable, la dose était de 10 à 25 grammes.

(1) *Union médicale* 1856, page 450.

La diète lactée et l'administration de l'eau de laurier-cerise doivent d'ailleurs être considérées ici non comme un traitement exclusif mais seulement comme un des moyens de traitement auquel on peut avoir recours avec avantage.

Selon les cas l'application de la glace sur la tête, les révulsifs sur les membres inférieurs, les purgatifs sont employés concurremment.

J'ai aussi assez souvent prescrit une potion avec 1 gramme d'ipéca et de petites doses d'opium.

Observation I.

Manie aiguë. — Diète lactée. — Guérison après quinze jours.

T..., journalière, âgée de vingt-cinq ans, d'une bonne constitution, est entrée à la Salpêtrière le 4 juin 1856. Elle offrait tous les symptômes d'un accès d'une manie aiguë. Cette femme nourrissait depuis six mois et c'est dix jours après qu'elle eut sevré son enfant que le délire avait éclaté, le sevrage avait été conseillé à cause des crampes d'estomac assez violentes dont elle souffrait depuis quelque temps. Loin de disparaître après le sevrage, les douleurs d'estomac sont devenues si vives que la malade dut entrer à l'hôpital de la Pitié. C'est là que le délire a éclaté après une insomnie qui avait duré plusieurs jours.

A son arrivée dans mon service, la femme T... offre les symptômes suivants :

Grande agitation ; loquacité ; phrases incohérentes dans lesquelles la malade répète chaque mot sept ou huit fois de suite ; cependant si on l'interrompt, on peut fixer quelques instants son attention, et on obtient alors quelques réponses brèves, mais assez justes. Dès qu'on abandonne de nouveau la malade à elle-même, l'incohérence recommence.

Les pupilles sont très dilatées, mais égales, le pouls est à 90 ; langue un peu sèche ; insomnie.

Ces symptômes de manie aiguë ont présenté une exaspération remarquable, cinq jours après l'entrée de la femme T... L'état vultueux de la face, l'animation de la physionomie, l'intensité du délire, la fréquence plus grande du pouls ont pu faire craindre que la manie ne se transformât en délire aigu.

Ce redoublement des symptômes précédait et annonçait l'arrivée des règles qui ont commencé à reparaître, pour la première fois depuis la grossesse, vingt-quatre heures environ après cette aggravation des accidents.

Dès ce moment il y a eu rémission dans les symptômes. Les règles n'ont duré que deux jours ; mais la nuit qui a suivi a été plus calme. Peu à peu le sommeil revient, l'incohérence diminue, puis cesse graduellement après avoir pris le caractère d'un délire tranquille. La disparition complète du délire a été suivie d'un état de prostration avec ralentissement du pouls, refroidissement général et assoupissement prolongé.

Le quinzième jour on pouvait regarder la convalescence comme bien établie, le calme était complet, les idées nettes, et la physionomie très naturelle. La femme T... put bientôt être rendue à la liberté.

Cette malade atteinte de manie aiguë n'a pas pris un seul bain ; on a donné quelques purgatifs pour entretenir la liberté du ventre et le traitement n'a consisté que dans l'administration du lait additionné d'eau de laurier-cerise à doses croissantes (10 à 25 grammes). La malade buvait le lait avec avidité et en a pris jusqu'à deux litres par jour.

Observation II.

Mélancolie aiguë avec agitation. — Diète lactée. — Guérison en vingt jours.

La femme B..., âgée de trente-huit ans, avait donné depuis quinze ou seize ans des signes de bizarrerie ; elle passait pour avoir la tête faible. Il y a un an, sa fille, âgée de quinze ans, et qui offrait déjà des signes d'exaltation religieuse, s'est suicidée à la suite d'une réprimande que sa mère lui avait faite. La femme B... qui, depuis la mort de sa fille, était restée triste, est tombée dans un délire complet depuis quatre ou cinq jours.

A son entrée à la Salpêtrière, le 29 juin, B... est en proie à une grande agitation ; il y a de l'incohérence, mais le délire est évidemment de nature mélancolique. La malade croit qu'on veut l'assassiner, la piquer avec des épingles ; elle entend des voix, et tout ce que lui disent ces voix est également de nature triste ; la malade a ses règles que déjà elle avait eues quinze jours auparavant, la peau est un peu chaude, le pouls à 72. (Deux litres de lait avec addition de 10 grammes d'eau de laurier-cerise.)

Pendant plusieurs jours l'agitation continue ; le ventre est retracté et les battements aortiques sont très forts. Constipation combattue par des lavements purgatifs ; les règles ont cessé le 3 juillet ; le 4, la malade est très oppressée ; les dents sont serrées, les yeux fermés, le ventre est toujours très rétracté.

Agitation très grande : cris qui se prolongent une grande partie de la journée et de la nuit.

Le 5, amélioration assez marquée ; la femme B... est toujours incohérente, mais elle fait cependant quelques

réponses raisonnables ; elle boit toujours le lait avec avidité et elle en prend maintenant deux litres et demi par jour.

Le 9, la peau est chaude, l'haleine fétide; contracture des membres; le siège s'écorche. Il y a toujours de l'incohérence et les hallucinations persistent avec beaucoup d'intensité. Un vésicatoire est appliqué à l'une des cuisses.

Ce n'est que vers le 15 juillet que tous ces symptômes graves se sont amendés : le sommeil est devenu prolongé; le délire a peu à peu disparu; le 18, il avait complètement cessé; la malade avait commencée à se lever et à travailler. Depuis lors, la convalescence s'est maintenue, et la malade a pu quitter la Salpêtrière le 1er août.

Les symptômes dans cette seconde observation ont été plus graves; c'est ce qui a motivé l'application d'un vésicatoire à l'une des cuisses. Mais cette malade, comme celle qui fait l'objet de la première observation, n'a pas pris un seul bain, et elle n'a pas cessé de boire chaque jour plus de deux litres de lait additionné d'eau de laurier-cerise. On a dû aussi comme dans le premier cas donner quelques purgatifs pour vaincre la constipation.

X

DE LA DÉMENCE INCOHÉRENTE

ET DE LA DÉMENCE SIMPLE

La démence se présente sous deux formes différentes, selon qu'elle est consécutive à une vésanie ou symptomatique d'une affection organique du cerveau.

La première constitue la démence incohérente, et la seconde la démence simple.

Ces deux formes répondent assez exactement à celles que Griesinger a décrites sous les dénominations de démence *agitée* et de démence *apathique*.

La première forme peut se terminer par un état de stupidité qui, à cette dernière période, la rapproche beaucoup de la démence simple très avancée, mais elle peut aussi rester stationnaire pendant dix, vingt ans et plus. La stupidité n'en est pas la terminaison nécessaire. J'ai encore dans mon service une femme que, pendant vingt ans, j'ai pu présenter à mes leçons comme un type curieux de démence incohérente. Sa maladie ne s'est point aggravée, l'état mental est toujours le même. Cette femme associe les mots de la façon la plus bizarre. Ce matin même, elle me disait que « les jeunes gens ne peuvent plus se marier parce que les femmes sont usées par les cravates rouges »; elle débite une foule de phrases semblables avec des gestes et une

expression assez vive de physionomie; les idées sont dissociées et les signes sont en désaccord avec les idées; mais l'intelligence n'est point abolie, et l'exercice intellectuel est assez actif.

Quelquefois la démence incohérente survient presque dès le début de la maladie mentale, et j'en ai observé un curieux exemple chez un maître d'école qui s'était adonné à des travaux philosophiques beaucoup au-dessus de la portée de son intelligence. On trouve dans ses écrits, avec les caractères de la démence, les traces de la cause qui l'avait produite. Je me bornerai à citer le passage suivant :

« La vérité, pour être solide et immanquable, c'est-à-dire qui doit être pour le temps présent, pour le temps passé et pour le temps futur ou à venir.

« La vérité doit être entière, c'est-à-dire avoir ce qu'il faut qu'elle ait pour être bien comme il faut solide.

« Si la vérité était entière, la vérité existerait pour ne mourir jamais.

« Quand une personne ou une chose animée se reconnaît en vie et non pas morte, elle sait qu'elle n'est qu'une seule personne, elle sait qu'une même chose ne peut pas être deux choses; que pour qu'une chose soit, il faut, il est nécessaire qu'elle soit entière, totale, tout entière pour être possédée bien comme il faut, puisque si elle n'est pas entière, elle est mortelle et peut être une moitié ou un tiers ou un quart de ce qu'elle devrait être, et alors elle échappe à l'esprit de la chose animée qui voudrait la distinguer. »

Il arrive quelquefois qu'on peut, jusqu'à un certain point, saisir dans les écrits des déments incohérents, l'explication de l'incohérence elle-même. Pendant que le malade commence à exprimer une idée qu'il veut développer, l'un des mots qu'il emploie lui suggère une idée

accessoire qui lui fait abandonner la première. L'incohérence n'est pas autre chose alors qu'une succession de digressions qui font complètement oublier l'idée première. C'est à un plus haut degré ce qu'on observe chez certains orateurs qui se perdent à chaque instant dans des idées étrangères au sujet qu'ils traitent.

Voici ce qu'écrivait un dément que la maladie a surpris au début de sa carrière littéraire.

« Vous me parlez d'un certain pays : je vous enverrais bien *des vers*, si je ne risquais pas d'être *enterré*, car il y a des gens qui vivent très bien *sous terre* puisqu'il y en a qui en sortent. Cela m'embarrasse un peu. Parlez-vous des grillons? Je vous dirai que je connais beaucoup d'animaux que nous mangeons; les uns ont une cuirasse, les autres une douillette de plume, et cela fait les uns et les autres : nous comptons le temps par années et nous ne comptons pas les années par le temps : vous me rendez compte de plusieurs choses, et un objet quelconque ne m'embarrasserait pas trop, pourvu que ce fût en payement d'un autre objet. Puisque je suis venu, *nous irons*... Je dis nous irons, quoique ce ne soit pas d'ordinaire un *verbe neutre*.

« Si j'étais serpent, il n'est pas certain que j'aurais une langue de vipère, mais l'*esprit* ne me manquerait certainement pas : je me tourmente beaucoup pour l'*esprit* de vin : je crois en avoir manié un peu : dans le temps, je faisais des baromètres comme on les fait. »

On voit ici l'idée de versification entraîner celle des *vers de terre*. Après avoir écrit « nous *irons* » le malade passe à l'idée *grammaticale*.

En parlant de l'*esprit*, il passe à l'*esprit-de-vin* et de l esprit-de-vin aux *baromètres*.

Quant à la démence simple, on l'observe à la suite des attaques de congestion, d'épilepsie, d'hémorrhagies céré-

brales, et surtout comme symptôme de la paralysie générale, etc.

Elle consiste dans la diminution progressive de l'intelligence et l'on voit comme conséquence l'inertie succéder peu à peu à l'activité. On sait que la perte de la mémoire des faits récents est l'un des premiers symptômes de la démence simple ; mais toutes les facultés sont bientôt compromises. Les facultés affectives s'éteignent cependant bien plus lentement que les facultés intellectuelles. Au début, beaucoup de malades ont conscience de leur état et s'aperçoivent de l'affaiblissement progressif de leur intelligence. On ne peut donc pas, pendant cette première période les considérer comme aliénés. Plus tard, cette conscience de leur état disparaît, et ces malades se trouvent livrés sans défense aux personnes qui les entourent. Rien de plus facile alors que de les entraîner à des actes contraires à leurs intérêts ou aux intérêts de leur famille.

Voici d'ailleurs un tableau de la démence simple, tracé par un homme étranger à la médecine. Je ne sache pas qu'aucun auteur ait fait une description plus vraie de l'état que je désigne ici sous la dénomination de *démence simple*.

Il s'agit d'un malade sur lequel son frère m'envoyait des renseignements :

« Le caractère de sa situation, disait-il, est que ses facultés s'éteignent. Il est incohérent, pauvre d'idées, sans initiative. sa mémoire se perd ; il ne suit plus dans la conversation le mouvement des idées, parle peu et sans à propos, et s'il n'y a pas divagation il y a menace d'hébêtement et d'extinction du mouvement intellectuel.

« Cependant il est encore en communion de pensées et d'action avec tout ce qui l'entoure, mais cette communion s'appauvrit assez rapidement pour qu'on puisse s'attendre à une extinction totale. »

L'auteur de la lettre ajoute plus loin :

« La violence du malade n'est plus que de l'impatience : sa nature entreprenante et vive autrefois, n'a plus ni initiative ni besoin de mouvement; son esprit d'ordre ne se manifeste plus que par une routine aveugle, son éloignement de toute dépendance est remplacé par une disposition atonique à la soumission. La moindre résistance l'exaspérait et aujourd'hui quand il parle mal à propos, on peut lui imposer silence. »

« Il nous aime encore très vivement, il est encore possible d'échanger quelques idées, mais le cercle se restreint, la lumière s'éteint et il ne semble pas avoir le moindre soupçon de ce dépérissement. Il s'absorbe dans une tranquillité improductive dont il est de jour en jour plus difficile de le tirer. »

Il s'agissait d'un homme encore jeune, et cette démence si bien décrite était symptomatique d'une paralysie générale commençante. La lésion des mouvements tout à fait à son début, n'avait point encore été remarquée.

XI

DE LA STATISTIQUE

APPLIQUÉE A

L'ÉTUDE DES MALADIES MENTALES

PROJET D'UNE ASSOCIATION DE MÉDECINS POUR L'ÉTUDE DES MALADIES MENTALES.

1846.

Lettre à M. Renaudin, médecin en chef, directeur de l'asile des aliénés de Fains.

MONSIEUR ET TRÈS HONORÉ CONFRÈRE,

Vous m'avez adressé, dans votre dernière lettre, quelques considérations sur la direction à imprimer aux *Annales médico-psychologiques*, vous avez surtout insisté sur l'utilité qu'il y aurait à donner désormais plus d'étendue aux recherches statistiques. C'est sur ce dernier point que je vous demande la permission de vous soumettre quelques idées.

Les recherches statistiques ont assurément rendu de très grands services à l'étude des maladies mentales; mais renfermées aujourd'hui dans un cercle étroit consacré par l'habitude, elles cessent à mon avis d'avoir désormais une utilité aussi grande. Si vous parcourez presque tous les

travaux de ce genre, vous verrez que les faits nouveaux qui en ressortent sont presque nuls.

Je ne nie pas qu'il n'y ait eu déjà quelques innovations heureuses; je suis loin de prétendre qu'entre tant de notices statistiques sur les asiles, il n'y ait absolument aucune différence; mais ces innovations, d'ailleurs de peu d'importance, sont faites par des hommes isolés, et quelque nombreux que soient les malades d'un asile, les faits qu'un seul médecin peut enregistrer ne sauraient donner des résultats définitifs.

D'ailleurs ces recherches ont souvent leur point de départ dans des idées spéciales.

Supposez, par exemple, une statistique tendant à éclairer la proportion relative des différents genres de folie, vous voyez qu'il faut d'abord adopter une classification : or, si cette classification s'éloigne de celle qui est généralement admise, il faudra pour répéter ces recherches, adopter aussi la classification nouvelle, etc... Ainsi outre que ces travaux reposent sur trop peu de faits, ils portent souvent, passez-moi le mot, un caractère d'individualité qui les rend difficilement comparables à ceux qui ont été entrepris sur d'autres bases.

Il y a donc deux choses fâcheuses pour les recherches statistiques appliquées à la folie : c'est, d'une part, qu'elles roulent, en général, sur des points toujours les mêmes, et, de l'autre, que les questions nouvelles, qu'elles soulèvent, trop rarement d'ailleurs, sont étudiées par des hommes isolés, et donnent des résultats qui reposent sur un trop petit nombre de faits.

En outre, ces recherches entreprises, quelquefois d'après des idées différentes, sont difficilement comparables entre elles.

Les travaux statistiques qu'on aurait pu jusqu'ici publier

dans les *Annales médico-psychologiques* ne consistent guère qu'en des notices isolées, qui paraissant ainsi, successivement sans lien entre elles, n'offriraient qu'un médiocre intérêt. Nous n'avons point reçu de travaux d'ensemble, et je ne sache pas que d'autres journaux en aient publié.

Voilà, monsieur et très honoré confrère, ce qui peut-être nous a empêchés de donner une place plus étendue aux notices statistiques. Nous sommes, en effet, convaincus que cette partie de l'histoire des maladies mentales a beaucoup perdu de son intérêt et de son importance par l'espèce de monotonie qu'offrent les différents travaux, par leur isolement et enfin par l'absence d'un lien uniforme qui les relie et permette de les comparer.

Nul doute cependant que la statistique appliquée à l'étude des maladies mentales ne puisse encore contribuer puissamment aux progrès de la science; mais peut-être serait-il nécessaire d'entrer, sous ce rapport, dans une nouvelle voie.

Le mal est dans l'isolement et l'absence d'homogénéité pour les travaux.

Le remède doit être dans des travaux entrepris en commun et sur des bases uniformes par une association de médecins.

Nulle part, en effet, le principe si utile et si fécond de l'association ne me semblerait devoir produire de meilleurs et de plus sûrs résultats. Prenons quelques questions entre tant d'autres qui se présentent et que la statistique peut résoudre.

La paralysie générale des aliénés est un sujet d'une extrême importance, et qui est encore loin d'être épuisé. Or, supposez une association de vingt médecins d'asiles d'aliénés appartenant aux différentes parties de la France,

et poursuivant en commun la solution de certaines questions que la statistique peut éclairer. Vous voyez, qu'après quelques années, on pourrait, avec une masse considérable de faits, répondre d'une manière définitive aux questions suivantes :

Quelle est dans les diverses parties de la France la proportion des aliénés sans lésion des mouvements? Quelle est la fréquence relative de la paralysie générale chez les hommes et chez les femmes ; sa durée moyenne dans les deux sexes; l'âge moyen auquel elle survient; l'influence des saisons sur sa production; la proportion des malades qui ont des idées de grandeurs; etc., etc.?

Permettez-moi de rappeler à cette occasion un travail de statistique que j'ai publié l'année dernière dans les *Annales.*

J'ai essayé, à l'aide de 453 observations de découvrir :

1° Si la folie de la mère, toutes choses égales d'ailleurs, est plus fréquemment héréditaire que celle du père;

2° Si dans les cas de folie héréditaire, la maladie de la mère se transmet à un plus grand nombre d'enfants que celle du père;

3° Si la folie se transmet plus souvent de la mère aux filles, et du père aux garçons.

La solution de ces questions n'est assurément pas sans intérêt sous le rapport de la physiologie pathologique; mais quand cette sôlution sera-t-elle obtenue? Qu'est-ce que 453 observations pour juger des questions de cette nature? Ce que je n'ai pu faire seul que d'une manière provisoire, après dix années de recherches, une association de médecins le ferait en peu de temps d'une manière définitive; car cette association serait bien vite en possession de plusieurs milliers de faits.

Je pourrais répéter pour cent autres questions ce que je

viens de dire pour la paralysie générale et pour l'hérédité de la folie. L'étude de l'épilepsie, de l'idiotie, du suicide, de la folie suite de couches, de l'étiologie générale des maladies mentales, permettrait en effet, de soulever une foule de questions nouvelles.

Je n'ai point parlé jusqu'à présent des résultats statistiques déjà obtenus et cependant sous ce rapport encore, peut-être y aurait-il beaucoup à dire. Plusieurs de ces résultats, en effet, auraient besoin d'être soumis à un nouvel et sévère examen.

En résumé, il faut pour que les données statistiques aient une véritable valeur :

1° Qu'elles reposent sur des faits très nombreux;

2° Que ces faits aient été recueillis sur des bases communes, et, par conséquent, qu'ils soient parfaitement comparables.

Or, ces deux conditions ne peuvent être obtenues pour beaucoup de points de l'étude des maladies mentales que par une association de médecins travaillant en commun à la solution de questions discutées à l'avance.

Sans entrer ici dans les détails d'exécution, je ne verrais, je l'avoue, rien de bien difficile dans la formation d'une semblable association. Les médecins anglais et américains ont fait beaucoup plus et paraissent n'avoir qu'à se louer de s'être ainsi réunis pour travailler en commun et éclairer certaines questions ~~sociales~~ (1) spéciales

(1) J'ai reproduit ici cette lettre à Renaudin et rappelé le projet d'association des médecins aliénistes pour l'étude des maladies mentales, parce que ce projet a précédé de peu de temps la création de la société médico-psychologique fondée en décembre 1847. (*Annales médico-psychologiques*, janvier 1847.)

XII

MÉDECINE LÉGALE

DES CIRCONSTANCES ATTÉNUANTES

MOTIVÉES PAR L'ÉTAT INTELLECTUEL ET MORAL DE CERTAINS ACCUSÉS

1

DEMANDE DE CIRCONSTANCES ATTÉNUANTES

POUR UNE ANCIENNE ALIÉNÉE

1853

Il y a quelques années, je fus mandé par le président des assises de la Seine pour examiner une femme A..., âgée d'environ trente-huit ans, qui devait être jugée quelques heures après, et venait de donner subitement des signes de folie.

Lorsque je vis cette femme, je n'eus pas de peine à me convaincre qu'il y avait simulation ; j'observai en effet tous les signes d'une démence très avancée, survenue tout à coup et avec des circonstances qui ne pouvaient guère laisser de doute. La femme A... avait les manières d'un

enfant, le rire niais; elle prétendait ne pas reconnaître une montre, des pièces de monnaie, un chapeau, etc.; en même temps elle affectait les gestes les plus bizarres.

Je ne crus pas cependant devoir conclure, immédiatement et après un premier et très court examen, qu'il y eût certitude de simulation. Je me bornai dans mon rapport à établir une présomption grave qu'une enquête sur l'état mental pouvait seule confirmer. Par suite de ce rapport, le jugement de la femme A... fut ajourné; elle fut renvoyée à Saint-Lazare où je dus l'examiner de concert avec M. Collineau.

Il est important de consigner ici les faits odieux pour lesquels A... était poursuivie.

Cette femme, d'une conduite irrégulière, tenait une espèce de cantine; la voix publique l'accusait d'avoir prostitué sa fille aînée âgée de seize à dix-sept ans; mais c'était pour des faits bien plus graves encore qu'elle était traduite devant les assises. L'acte d'accusation portait qu'elle avait usé de violence envers sa dernière fille, âgée de dix ans, pour la forcer aux manœuvres les plus odieuses en lui appliquant de force la tête sur ses organes génitaux. L'enfant avait révélé avec d'horribles détails la conduite de sa mère, et l'autorité avait été avertie; c'était la première fois qu'un crime pareil était imputé à une mère, et la femme A... inspirait à tous un sentiment d'horreur. Après cinq ou six visites à Saint-Lazare, faites à des intervalles irréguliers, nous déposâmes, M. Collineau et moi, le rapport suivant. (Je supprime ici le préambule.)

La femme A..., interrogée sur l'origine de sa maladie, l'a fait remonter à huit années.

A cette époque elle aurait eu, à la suite de pertes d'argent, plusieurs accès de folie qui se seraient prolongés chaque fois pendant quinze jours ou trois semaines.

Depuis lors, elle s'est aperçue que sa mémoire aurait peu à peu diminué ; elle affirme avoir eu presque constamment des maux de tête, et se plaint surtout d'un sentiment de brûlure au sommet du crâne; la moindre émotion lui fait, dit-elle, monter le sang à la tête; alors ses idées se troublent, elle perd la mémoire et devient comme imbécile, elle a en outre des palpitations de cœur assez fortes.

Elle croit que sa maladie est très grave et qu'il lui reste à peine quelques années à vivre.

Elle a remarqué qu'en général elle était mieux après l'apparition des règles qui ont depuis quelque temps subi d'assez grands dérangements.

Quant aux actes odieux qui lui sont reprochés, la femme A... convient qu'il lui est arrivé une fois, mais une fois seulement, de faire une tentative de violence sur sa fille. Elle ne se rappelle ni à quelle époque ni dans quelles circonstances cette tentative a eu lieu; elle avait, dit-elle, la tête tout à fait égarée, elle ne savait pas ce qu'elle faisait; la preuve c'est que cette tentative s'est passée en présence d'une personne étrangère qui s'y est opposée.

Tels sont les renseignements donnés par la malade; voici ceux qui ont été fournis par son mari :

Avant son mariage, la femme A... aurait eu des attaques de nerfs très violentes. Il fallait quatre ou cinq personnes pour la maintenir.

En 1840, il serait survenu un véritable accès de folie qui se serait prolongé pendant six semaines, sans nécessiter toutefois la séquestration dans une maison de santé. Le mari ajoute que, depuis dix-huit mois, sa femme aurait donné à Paris des preuves de bizarrerie ; on l'a souvent surprise riant ou pleurant sans motif.

Les personnes qui, à l'infirmerie de Saint-Lazare, entourent la malade, l'ont toujours vue très tranquille et vi-

vant à l'écart. Par moments, et à la suite des émotions les plus légères, elle devient très rouge, puis fait des gestes bizarres, enfin elle est parfois comme hébétée. Tout le monde s'accorde d'ailleurs à dire que sa conduite a été à l'abri de tout reproche.

Outre les faits qui précèdent, les médecins soussignés ont directement observé les suivants.

Le 9 juin, jour où la femme A... devait paraître au tribunal, cette femme, ainsi qu'il résulte du rapport de l'un des médecins soussignés, semblait être dans l'état le plus complet de démence. En même temps cependant elle lisait très bien à haute voix et avec suite les pièces relatives à ses affaires ; elle donnait des explications et se rappelait certains faits, etc.

Depuis lors, à Saint-Lazare, les mêmes scènes se sont renouvelées à plusieurs reprises, mais avec des caractères tels que les soupçons de simulation ont dû se changer en certitude ; ainsi il est arrivé que la femme A... qui pendant la matinée n'avait rien présenté d'extraordinaire, qui répondait et agissait comme d'habitude, appelée dans le cabinet du médecin, perdait tout à coup toute notion, toute idée, arrivant ainsi au dernier degré de la démence. Quand on lui adressait les questions les plus simples, elle feignait de chercher, puis répondait d'un air niais qu'elle ne savait pas ; elle ne pouvait plus compter jusqu'à trois, ne connaissait plus l'argent, riait ou sanglotait sans motif, etc.

L'émotion produite par la visite du médecin ne peut expliquer la production subite de tels symptômes qui portaient d'ailleurs, de l'avis de toutes les personnes présentes, les caractères de la simulation à cause de l'attitude et des gestes bizarres de la femme A...

Depuis le 12 juillet ces sortes de scènes d'imbécillité ont tout à fait cessé. La femme A..., visitée par nous, a tou

jours répondu avec précision et netteté aux demandes que nous lui avons faites; elle déclare qu'elle va mieux, que sa tête est revenue; elle est encore émue quand on lui parle, sa face se colore, elle éprouve des palpitations; mais tout cela n'a plus la même influence sur son intelligence qui reste parfaitement lucide. La femme A..., fatiguée de sa détention préventive, demande instamment à être jugée.

De tout ce qui précède les médecins soussignés croient pouvoir déduire les conclusions suivantes :

1° La femme A... paraît avoir éprouvé divers symptômes cérébraux consistant principalement dans un état d'inertie, d'abattement, de la céphalalgie, de légères congestions cérébrales; peut-être même sa mémoire, comme elle l'affirme, a-t-elle un peu diminué. Cette femme est d'ailleurs très impressionnable, et il est possible d'admettre que, sous l'influence d'émotions très vives et de la congestion, il y ait momentanément un peu de trouble dans les idées. Il serait d'ailleurs très important de savoir si, comme l'affirme le mari, il y a eu un accès de folie en 1840.

2° Il est certain que la femme A..., depuis sa détention, a simulé à plusieurs reprises un état d'imbécillité dans le but évident de donner plus de force à l'excuse de folie qu'elle invoque.

3° Depuis plus de deux mois la femme A... a cessé toute simulation, sa raison est complète, et nous pensons qu'elle peut désormais, ainsi qu'elle le demande, être mise en jugement pour les faits qui lui sont imputés.

Nous disions, à la fin de la deuxième conclusion de ce rapport, qu'il serait très important de savoir si la femme A... avait réellement été aliénée en 1840, ainsi que l'affirmait son mari. Or des renseignements ultérieurs obtenus de di-

verses personnes ne m'ont point laissé de doutes sur ce fait. Ces personnes n'avaient point, comme le mari, le désir de la défendre, on eût pu au contraire leur attribuer des sentiments d'animosité. Or, non seulement elles affirmaient que l'accès de folie avait réellement eu lieu, mais elles dépeignaient le caractère de la femme A... comme empreint d'une extrême exaltation; on l'avait vue bien des fois prendre un ton déclamatoire, faire des scènes pour les motifs les plus légers. Une dame me disait qu'à propos d'une pièce de 50 centimes, elle s'était un jour jetée à ses pieds en faisant de grands gestes et s'exaltant au plus haut degré.

Point de doutes non plus sur les accès d'hystérie à laquelle la femme A... a été sujette jusqu'à son mariage, accès dont sa fille aînée a hérité.

La femme A..., accusée d'un crime si inouï que c'était pour la première fois que les tribunaux avaient à en poursuivre la répression, était donc une ancienne hystérique; elle avait eu un accès d'aliénation mentale et donnait habituellement des peuves d'exaltation et de bizarrerie.

Fallait-il tenir compte de tous ces faits pour apprécier le degré de culpabilité de la femme A... qui, pour assouvir sa passion de luxure, n'avait pas reculé devant les violences les plus odieuses sur sa propre fille âgée de dix ans? Un tel degré de dépravation, une absence si complète, si effrayante de tout sentiment moral chez une mère n'empruntent-ils pas un caractère particulier quand cette mère est une ancienne aliénée, et qui, arrivée à l'âge critique, se fait remarquer depuis plusieurs années par de l'exaltation, de la bizarrerie, etc.?

J'ai pensé, non pas assurément qu'il y eût dans les antécédents de la femme A... une excuse au crime qu'elle avait commis, et qu'elle n'en dût pas porter la peine; mais

ces antécédents de maladie mentale ne pouvaient-ils être une cause d'atténuation? Là était toute la question.

C'est, je l'avoue, le système que j'ai, mais inutilement, essayé de faire prévaloir. La femme A... a été condamnée au maximum de la peine, et la proposition de tenir compte de ses antécédents de maladie mentale comme circonstance atténuante n'a été admise, ni par le ministère public, ni par le jury, ni par la Cour.

Ce qui n'a pas eu lieu pour la femme A..., peut-être à cause de la nature de son crime qui révoltait toutes les consciences, peut-être aussi par suite de cette tentative de simulation de la folie qui semblait à tous une preuve d'une grande lucidité d'esprit, on doit, c'est au moins ma conviction, chercher à l'obtenir dans les circonstances analogues.

Un homme guéri d'un accès d'aliénation mentale redevient assurément responsable de ses actes : mais nul doute aussi qu'on ne puisse, dans bien des cas, trouver dans le fait d'une maladie mentale antérieure un motif légitime d'atténuation.

On admet des circonstances atténuantes pour des causes très variées, et nous ne comprendrions pas que l'état moral et intellectuel d'un accusé ne fût pas souvent pris sous ce rapport en grande considération.

N'y a-t-il pas des cas assez nombreux dans lesquels on s'éloignerait également de la vérité et de la justice en cherchant une absence complète de responsabilité, ou au contraire une responsabilité absolue?

Certes le magistrat ne peut scinder le degré de conscience, il ne peut tenir compte d'une foule de nuances, il cherche un innocent ou un coupable. Le système opposé serait une pure utopie et conduirait à l'absurde. Cependant sans rien exagérer et en restant dans la plus saine pra-

tique, n'est-il pas possible, dans certaines circonstances données, où les faits sont tranchés, de tenir compte de l'état intellectuel et moral, non pour absoudre, mais pour diminuer la gravité de la peine? Rien, nous le croyons, n'est plus simple et plus logique, et ce cas se présente souvent lorsque l'accusé a été antérieurement atteint d'un accès d'aliénation mentale.

Quand nous cherchons dans une famille les signes d'une prédisposition à la folie, et que nous ne constatons, chez plusieurs membres de cette famille, que de la bizarrerie, de l'originalité, des passions ardentes, etc., nous pouvons éprouver de l'hésitation; mais si l'un des parents a été complètement et réellement aliéné pendant plusieurs mois ou plusieurs années, alors nos doutes disparaissent. Il ne s'agit plus là en effet de nuances plus ou moins discutables, d'une tendance qu'un esprit prévenu peut exagérer, mais d'un fait précis isolé et facilement appréciable.

Les magistrats doivent plus encore que les médecins repousser tout ce qui est vague, mal défini, mais il n'en est pas ainsi pour un accès d'aliénation mentale.

Ce sujet nécessiterait d'ailleurs bien des développements. Il faudrait en effet établir comment l'accès de folie n'est pour ainsi dire, dans beaucoup de cas, que le couronnement d'un état intellectuel et moral spécial; comment il vient éclairer une foule de faits antérieurs restés jusque-là avec un caractère mal déterminé.

Il faudrait encore suivre les aliénés après leur guérison, étudier les modifications qu'a pu subir leur intelligence, etc., etc.; c'est ce qu'il nous serait impossible de faire dans les limites de ce travail. Nous n'avons voulu ici que poser d'une manière générale la question de circonstances atténuantes pour les prévenus qui ont antérieurement été atteints d'un accès de folie.

L'opinion que j'avais émise devant la cour d'assises de la Seine, et qui fut combattue par l'avocat général M. de Royer, est celle que je développais chaque année dans la dernière leçon de mon cours, leçon consacrée à la médecine légale.

Je cherchais à démontrer la proposition que j'ai formulée plus haut :

« N'y a-t-il pas des cas assez nombreux dans lesquels on s'éloignerait également de la vérité et de la justice en cherchant une absence complète de responsabilité ou au contraire une responsabilité absolue. »

Les opinions des médecins aliénistes n'obtenaient encore, en 1830, que très peu de faveur auprès des magistrats. M. Sacaze, conseiller à la Cour royale de Toulouse venait de publier un important travail souvent cité depuis, et dans lequel ces opinions étaient combattues. Je me bornerai à rappeler ici un des principaux passages de cet ouvrage se rapportant à la question de la responsabilité limitée.

« Parfois, dit M. Sacaze, un germe héréditaire ou une « disposition purement naturelle rend plus difficile l'exer« cice de la raison chez celui qui se croit en pleine pos« session de son bon sens. Que peut-on déduire de là? Que « la lutte devra être plus forte et plus tenace pour vaincre « ces obstacles organiques ; que d'un autre côté, on est « toujours sûr de vaincre, tant que subsistera le pouvoir « personnel... Ce qui est bien certain en physiologie, « comme en jurisprudence philosophique, c'est qu'on ne « doit jamais chercher des causes modificatrices du libre « arbitre dans ces inégalités de caractère moral et intel« lectuel. »

L'auteur ajoute plus loin : « Peu importe encore que la « cause soit fatale ou héréditaire; tant que le germe trans« mis héréditairement ne s'est pas developpé de manière à

« enfanter la folie; le pouvoir personnel se soutient, et « dans cet état, tous les actes sont imputables. »

Ainsi les actes sont imputables chez ces personnes parce que la raison doit vaincre les obstacles organiques; on reconnaît seulement que la lutte aura dû être plus forte et plus tenace.

On doit sans nul doute, dans les cas de ce genre, admettre que les actes sont imputables; mais il est impossible de ne pas reconnaître qu'on doit néanmoins pour l'application des peines tenir compte, dans une certaine mesure, de ces causes fatales et héréditaires qui modifient plus ou moins profondément l'état intellectuel et moral de certains individus.

On ne peut nier, en effet, que les hommes qui, par suite d'une cause fatale ou héréditaire, ont à soutenir une lutte plus forte et plus tenace pour réprimer leurs mauvais instincts, n'aient un mérite plus grand quand ils se conduisent aussi bien que ceux qui sont nés dans des conditions d'organisation plus heureuses. Comment dès lors ne pas admettre comme conséquence que s'il y a chez eux un mérite plus grand pour la pratique du bien, il ne doive y avoir atténuation pour la responsabilité des fautes commises.

Or, c'est le rôle du médecin de rechercher ces causes d'atténuation; et tous ses efforts doivent tendre à en faire ressortir l'importance quand elles existent. Dans tous ces cas il n'y a pas, il est vrai, de maladie nettement déterminée qui doive faire disparaître toute responsabilité; mais il y a un élément pathologique qui l'atténue. C'est cet élément pathologique que le médecin doit s'efforcer de faire accepter en étudiant les conditions d'hérédité, les maladies antérieures et les manifestations intellectuelles et morales de l'accusé.

J'invoquais d'ailleurs dans ma leçon un argument qui

ressort de la comparaison des faits appartenant à la jurisprudence criminelle avec ceux qui appartiennent à la jurisprudence civile.

En ce qui concerne la jurisprudence criminelle, la loi n'admet, au point de vue de la responsabilité, que deux états: la santé ou la maladie.

La question, en effet, consiste dans tous les cas à savoir si « l'accusé était ou non en état d'aliénation mentale au moment où il a commis l'acte qui lui est imputé ». C'est d'après la solution de cette question qu'on applique ou non l'article 64 du Code pénal ainsi conçu : « Il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action. » Il importe de rappeler que, dans nos codes, le mot *démence* est synonyme *d'aliénation mentale.*

Pour la jurisprudence civile les conditions sont très différentes. On a admis un état intermédiaire entre la santé et la maladie.

La loi déclare civilement incapable, l'homme privé de raison, elle annule les actes qu'il a signés et prononce son interdiction.

Elle déclare, au contraire, incapables pour certains actes et capables pour d'autres les personnes affectées de *faiblesse d'esprit.*

La faiblesse d'esprit « *est un degré intermédiaire de l'entendement qui n'est ni l'imbécillité proprement dite ni la raison.*

Les individus atteints de faiblesse d'esprit ne sont point interdits, mais on leur nomme un conseil judiciaire.

On doit reconnaître que cette distinction établie par la loi est parfaitement justifiée et très digne d'éloge. Mais puisqu'on croit pouvoir admettre trois degrés pour apprécier les actes se rattachant à la jurisprudence civile, ne doit-on pas se demander pourquoi on n'en reconnaît

que deux pour les faits se rattachant à la jurisprudence criminelle? Que devient alors ce degré intermédiaire qui n'est ni l'imbécillité ni la raison?

Sans nul doute, pour les faibles d'esprit, quand ils ne sont pas déclarés irréponsables, on est tout naturellement conduit à tenir compte de leur état pour l'application des peines, mais bien que les conditions soient différentes, n'y a-t-il pas lieu, chez des sujets plus intelligents, de tenir compte aussi de « ce germe héréditaire ou de cette « disposition naturelle qui rend plus difficile l'exercice de « la raison? »

Beaucoup de ces sujets, s'ils ne sont pas aliénés, ne sont-ils pas bien prêts de le devenir? Ne doit-on pas admettre pour eux, comme pour les faibles d'esprit, une sorte « d'état intermédiaire entre la folie et la raison? »

M. Sacaze, après avoir traité de ce qui a trait à la faiblesse d'esprit, pose lui-même la question suivante :

« Mais, dit-il, n'y a-t-il pas en dehors de cette faiblesse innée de l'entendement, un état qui se distingue au contraire par l'activité mentale, et qui, sans appeler le remède extrême de l'interdiction, parce qu'il n'appartient pas à la folie déclarée, autorise néanmoins la dation d'un conseil judiciaire? »

Cette question est tous les jours résolue par la pratique, et en dehors des faibles d'esprit, on pourvoit de conseils judiciaires des individus intelligents, mais mal équilibrés et qui, comme le dit plus bas M. Sacaze, se font remarquer « par des penchants bizarres, une mobilité désordonnée, ou des singularités d'esprit. »

Pour ces sujets on n'a pas recours à l'interdiction, parce que, selon l'expression du même auteur, leur état n'appartient pas à *la folie déclarée*, et on s'arrête au conseil judiciaire. Il y a donc ici encore, comme pour les

faibles d'esprit, une sorte d'état intermédiaire entre la folie et la raison. C'est ce que Moreau (de Tours) a si bien décrit sous la dénomination *d'état mixte*.

Les tribunaux aujourd'hui admettent dans beaucoup de cas la responsabilité limitée ; mais en 1850, il n'en était pas encore ainsi et il pouvait être utile de discuter comme je le faisais les doctrines défendues par M. Sacaze, doctrines qu'on pouvait regarder comme exprimant alors l'opinion générale des magistrats.

2

DES CIRCONSTANCES ATTÉNUANTES

MOTIVÉES PAR L'ÉTAT INTELLECTUEL ET MORAL DE CERTAINS ÉPILEPTIQUES (1)

1861

Dans la discussion qui eut lieu à l'Académie de médecine en 1861 sur l'épilepsie, on s'est beaucoup occupé des olies transitoires pendant lesquelles les épileptiques commettent, comme on le sait, les actes les plus graves sans en conserver aucun souvenir.

Tout le monde a été d'accord pour admettre l'irresponsabilité complète des malades dans tous les cas de ce genre; mais on a d'ailleurs reconnu qu'en dehors de ces accès, les épileptiques rentraient dans la classe commune et devenaient responsables de leurs actes.

« Je n'ai jamais prétendu, dit M. Trousseau, qu'il suffit de constater l'épilepsie chez un accusé, pour l'exonérer de toute culpabilité. Qu'un avocat se serve de cet argument, qu'il prétende que son client a bien pu n'être pas libre dans le moment où l'acte incriminé a été commis, je le veux bien ; mais jamais, devant un tribunal, je n'oserais soutenir une pareille doctrine. Je suis parfaitement convaincu

(1) Cette note a été lue à l'Académie de médecine au cours de la discussion sur l'épilepsie.

que beaucoup d'épileptiques sont de grands criminels dans le sens moral de ce mot, et que les actes dont ils se sont rendus coupables ont été prémédités et accomplis en pleine liberté. Mais dans ce cas, rien dans la préparation, dans la perpétration du crime ne diffère de ce qui se passe ordinairement. L'épileptique, s'il n'est pas fou en dehors de ses attaques, rentre dans la règle commune et doit ressortir à la juridiction commune. »

Assurément un grand nombre d'épileptiques doivent au point de vue de la responsabilité rentrer dans la règle commune, mais il m'a semblé cependant utile d'établir que, dans certains cas cette responsabilité devait être atténuée, bien que ces épileptiques ne fussent pas aliénés, leur état intellectuel et moral ayant déjà subi par le fait de leur maladie une atteinte plus ou moins profonde.

D'après Esquirol, les épileptiques sont irascibles, entêtés, difficiles à vivre, capricieux et bizarres. Ils ont les idées exaltées et sont d'une très grande susceptibilité. Tous ont quelque chose de singulier dans le caractère.

M. Calmeil signale les épileptiques non encore aliénés comme très irascibles, très impressionnables, comme enclins aux fausses interprétations. « Ce qui, dit-il, ébranle à peine un homme d'une susceptibilité ordinaire, porte dans leurs sens un trouble profond. »

M. Delasiauve indique les mêmes traits dans le caractère de certains épileptiques, et il conclut que cet état ne doit pas être considéré comme une véritable maladie, mais comme une disposition extraphysiologique.

Je ne crois pas devoir faire un plus grand nombre de citations. Tous les auteurs, en effet, sont d'accord pour admettre ce fait que l'épilepsie, avant de conduire à la folie complète, produit dans l'état intellectuel et moral de certains malades des modifications très importantes. Ces

malades deviennent susceptibles, très irritables, et les motifs les plus légers les portent souvent à des actes de violence. Toutes leurs passions acquièrent une énergie extrême.

Sans doute ces épileptiques ne sont pas aliénés; mais si l'état spécial que la maladie a développé chez eux ne détruit pas complètement le libre arbitre, on peut, je crois, sans faire courir de dangers à la société, reconnaître qu'il est au moins dans beaucoup de cas de nature à le modifier.

Je pense donc que le rôle du médecin, quand il s'agit de la responsabilité des épileptiques, doit consister souvent, si la folie n'existe pas, à faire ressortir l'influence de la maladie sur les dispositions intellectuelles et morales de ces malades; tantôt il aura à signaler un commencement de faiblesse d'esprit, comme c'était le cas chez l'Écouffe, accusé d'assassinat, et dont Georget a examiné le procès; plus souvent, il devra mettre en relief cette irritabilité, ces passions violentes, ce caractère soupçonneux des épileptiques, l'exagération de leurs sentiments, tous les traits, en un mot, qui sans constituer la folie placent cependant ces malades hors de la règle commune. Souvent il parviendra ainsi à obtenir, non que l'épileptique soit absous, mais que la peine soit abaissée.

Quelles que soient les dissidences en théorie, il y a des faits dont il est impossible de ne pas subir l'influence. Un épileptique non aliéné commet une tentative de meurtre, la préméditation est parfaitement démontrée, le meurtrier quelques jours avant s'était procuré avec intention le couteau dont il s'est servi. M. Boileau de Castelneau essaye de faire absoudre le malade, il n'y parvient pas, mais la peine est abaissée de deux degrés, et l'épileptique non aliéné n'est condamné qu'à six ans de réclusion.

Combien d'exemples semblables ne pourrait-on pas citer

pour des crimes commis par des hommes qu'on a regardés comme raisonnables, puisqu'on les a condamnés, mais pour lesquels la peine a été abaissée, parce que des doutes s'étaient faits sur la plénitude de la raison!

J'ai autrefois été appelé à faire un mémoire pour un homme qui avait tenté d'assassiner un magistrat en le frappant de trois coups de poignard. La préméditation était bien démontrée. La question de folie fut soulevée, et il y eut ceci de remarquable que les six médecins appelés à donner leur avis sur l'état mental du prévenu se partagèrent ainsi qu'il suit :

Deux le regardèrent comme aliéné ;

Deux jugèrent qu'il ne l'était pas ;

Les deux derniers, après trois mois d'examen, firent un long mémoire, dans lequel ils n'ont pas cru pouvoir se prononcer sur l'état de folie ou de raison.

Les magistrats jugèrent que cet homme n'était pas fou, puisqu'ils le condamnèrent ; mais pour cette tentative d'assassinat, faite avec préméditation sur la personne d'un magistrat, la peine ne fut que de dix années de réclusion.

En résumé :

1° Il m'a semblé utile de rappeler qu'en dehors de la folie déclarée il existe chez certains épileptiques un état intellectuel et moral spécial ;

2° Que le médecin légiste doit dans beaucoup de cas s'appliquer à faire ressortir les principaux traits qui caractérisent cet état, pour atténuer au moins autant que possible la responsabilité du malade.

Il y aurait aussi, dans quelques cas, à tenir compte de l'influence spéciale des alcooliques chez les épileptiques. Voici à cet égard un fait qui me paraît avoir un grand intérêt, bien que l'existence de l'épilepsie ne fût pas complètement démontrée.

Un caporal et un soldat d'un régiment de ligne, après s'être enivrés avec de l'eau-de-vie, se prirent de querelle en rentrant au poste et bientôt en vinrent aux coups. L'officier qui commandait ce poste punit le caporal, qui fut immédiatement renfermé ; il se borna pour le soldat, à quelques réprimandes, et le laissa libre. Celui-ci resta parfaitement calme en apparence ; il essaya vainement de dormir ; il se tenait ferme sur ses jambes, mais gardait le silence. A quatre heures du matin, il prend un fusil chargé, entre dans la chambre où dormait l'officier, et tire sur lui à bout portant ; heureusement la capsule seule éclata ; l'officier, réveillé, eut à lutter contre son agresseur qui tentait de le tuer à coups de baïonnette, mais qui fut immédiatement arrêté. Il est important de dire tout d'abord que ce soldat n'appartenait pas à la compagnie de l'officier qu'il avait voulu tuer, qu'il ne le connaissait pas, et que, par conséquent, il n'avait aucun motif de haine contre lui. Cet homme ne témoigna tout d'abord aucun repentir de son crime ; loin de là, il répétait froidement qu'il regrettait beaucoup de n'avoir pas réussi. Il fut condamné à mort, mais le conseil de guerre demanda que la peine fût commuée en celle des travaux forcés à perpétuité.

Voici quelques passages du rapport fait pour obtenir la commutation de peine :

« L'instruction et les débats de cette affaire, dit le rapporteur, ont permis de constater d'une manière irrécusable que le sujet n'avait aucun motif d'animosité contre l'officier qu'il a tenté d'assassiner. Il n'en est pas moins vrai qu'il a prémédité froidement son crime ; dans quel but voulait-il donc commettre cette action atroce ? C'était, a-t-il déclaré, pour se faire fusiller et pouvoir commander lui-

même le feu, comme le sergent H... exécuté huit jours auparavant pour avoir tué son lieutenant.

« Peut-on rien imaginer à la fois de plus abominable et de plus absurde qu'une telle pensée? Certes, celui qui l'a conçue doit être *privé de sa raison*. L'instinct féroce qui le domine s'est changé en *monomanie*. Il faut qu'il tue pour avoir la satisfaction d'être tué à son tour.

« Cet homme, dit le commissaire du gouvernement qui a assisté aux débats, est une espèce de bête brute que la profession de boucher a sans doute familiarisé avec la cruauté et le sang répandu, et qui paraît agir d'instinct et sans aucun *sens moral*. Malgré la répulsion qu'on éprouve pour cet homme... on est forcé cependant de reconnaître que sa conduite *insensée* peut être invoquée comme un motif d'atténuation. C'est ainsi que paraît en avoir jugé le général N..., qui, bien que le coupable ne lui inspire aucune pitié, semble pencher pour que la peine de mort qu'il a encourue soit commuée en celle des travaux forcés perpétuels. »

Cette commutation de peine fut, en effet, obtenue.

J'ai interrogé ce soldat après sa condamnation, et j'ai appris de lui :

1° Que son frère était épileptique;

2° Que l'une de ses sœurs avait des accès d'hystérie;

3° Que lui-même avait eu deux attaques de *congestion cérébrale*. Il était tombé sans connaissance une fois au bas d'un escalier, une seconde fois étant à cheval.

4° Qu'il ne s'était enivré que trois fois; que, dans un cas, il avait eu une sorte d'accès de fureur et qu'il avait fallu le lier pour se rendre maître de lui; que son ivresse ne le portait point au sommeil; que, loin de là, elle le tenait éveillé et que le lendemain il était était aussi ivre que la veille.

Cet homme était probablement épileptique, et l'ivresse revêtait chez lui des caractères spéciaux.

Ce qu'il importe de faire remarquer, c'est que pendant toute la nuit qui avait précédé la tentative d'assassinat, le condamné était resté très calme et qu'il n'avait point l'apparence d'un homme ivre.

On ne doit pas oublier dans tous les cas de ce genre, de rechercher avec soin s'il existe dans la famille d'un prévenu, des aliénés, des épileptiques, des idiots et si lui-même n'a pas antérieurement été atteint de quelque maladie nerveuse.

3

TENTATIVE D'ASSASSINAT

COMMISE
PAR UN MONOMANIAQUE SUR LA PERSONNE D'UN MAGISTRAT.

NÉCESSITÉ DE MESURES SPÉCIALES POUR PRÉVENIR LES CRIMES
COMMIS PAR LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ

1853

Les discussions qui ont lieu dans ce moment sur la monomanie, m'engagent à publier l'observation suivante; elle me paraît offrir quelques particularités intéressantes.

J'avais été appelé avec MM. les docteurs Bayard et Jacquemin, à examiner le malade, alors détenu à la Force. C'était un homme d'environ cinquante ans, ouvrier, et qui avait été arrêté à la suite d'une tentative d'assassinat sur la personne de M. Croissant, procureur du roi. Nous adressâmes à l'autorité le rapport suivant. (Je supprime le préambule.)

M... s'était présenté plusieurs fois depuis un an au parquet de M. le procureur du roi pour réclamer une succession dont il prétendait avoir été frustré par ses parents.

Ses réclamations n'avaient point été accueillies.

Quelques jours avant d'être arrêté, sur le refus d'intervenir dans ses affaires que lui fit M. Croissant, cet homme se retira en disant : « Non, cela n'est pas fini, nous verrons. »

Il avoue que, depuis ce jour, il a eu la tête *comme trou-*

blée, il a cessé de *manger* et de *dormir*; l'idée d'assassiner M. Croissant le *poursuivait* partout, il ne rêvait plus que sa vengeance.

Le 3 février, il a acheté un pistolet, l'a chargé avec un morceau de plomb roulé, et s'étant rendu au parquet de M. le procureur du roi, il a essayé de tirer sur M. Croissant qui refusait de nouveau de s'occuper de ses affaires.

Dans les deux interrogatoires qu'il a subis depuis son arrestation, M... a déclaré que ses parents, depuis vingt-cinq ans, n'avaient cessé de le poursuivre et de le voler de concert avec des francs-maçons.

M... ajoute que ses parents l'ont volé plus de cent fois et ont tenté cinq fois de le faire assassiner. « Jamais, dit-il, on ne lira dans l'Histoire de France des choses comme celles qui lui sont arrivées. »

Malgré les précautions qu'il a prises, ses ennemis ont toujours réussi à connaître sa résidence et sont parvenus, par des moyens cachés, à le faire renvoyer par tous les maîtres chez lesquels il travaillait.

Il y a quelques années, ils s'étaient entendus avec le juge de paix du cinquième arrondissement qui l'a condamné à la suite d'une plainte portée contre lui par la femme chez laquelle il logeait.

Une autre fois, d'accord avec le commissaire de police, ils l'ont fait arrêter en février 1844, sous prétexte de menaces contre son logeur, lequel s'entendait aussi avec ses parents pour lui nuire.

Le juge d'instruction qui l'a interrogé à cette époque lui a fait dire en secret « qu'il ne gagnerait jamais, qu'il avait affaire à la plus infâme canaille qui existe. »

M... déclare encore que s'il avait réussi dans son projet de vengeance, il se serait frappé avec un couteau dont il s'était muni tout exprès.

« Ma vue baisse, dit-il, autant vaut mourir maintenant que plus tard. Je ne me repens pas de ce que j'ai fait; la guillotine n'est pas déshonorante, pour moi c'est une croix d'honneur. »

Il avait juré de ne plus reculer; et quand il a juré, il ne recule plus.

S'il est rendu à la liberté, il s'y prendra autrement; il se placera en embuscade à la porte de M. K. pour lui faire subir le sort qu'il a mérité, c'est-à-dire, lorsqu'on le force à s'expliquer, pour l'assassiner.

Il l'accuse d'être la cause de tous ses malheurs et de lui avoir fait perdre toutes les places dans lesquelles il aurait pu gagner sa vie.

M. P..., chez lequel cet homme a travaillé plusieurs années, s'est aperçu qu'il y avait du désordre dans ses idées; *il parlait sans cesse d'une succession* dont il avait été frustré; il s'en prenait à tout le monde, accusant ses camarades de s'être entendus avec ses parents; il citait les noms d'une foule de personnes qui lui en voulaient; si on l'avait écouté, il n'aurait pas cessé de parler de ses plaintes. C'était chez lui une idée fixe.

Deux logeurs chez lesquels M... a demeuré déclarent qu'il leur a paru, ainsi qu'à tout le monde, avoir la tête dérangée; l'un de ces témoins ajoute que ses idées n'étaient pas toujours suivies; qu'il parlait souvent d'une succession de 30.000 fr. dont il avait été dépouillé, et pour laquelle il avait écrit au roi.

Le juge de paix du cinquième arrondissement, qui a condamné M..., a aussi reconnu qu'il avait la tête dérangée.

Les témoins s'accordent d'ailleurs tous pour reconnaître que cet homme ne buvait pas, que sa conduite était régulière.

Les deux interrogatoires que nous avons fait subir à M... ont révélé de nouveaux faits.

Ainsi cet homme ne se borne plus à déclarer que M. le procureur du roi s'était entendu avec sa famille ; il ajoute qu'il a reçu de son frère 1,200 fr. pour lui refuser de s'occuper de ses affaires. C'est la maîtresse de son garni et un employé de police qui le lui ont dit.

Il affirme avoir vu M. Croissant sortir de la maison dans laquelle il travaillait, et cette visite ne pouvait, dit-il, avoir pour but que de lui nuire et de lui faire perdre sa place.

Il a aussi rencontré dans la rue M. le procureur du roi qui l'a regardé d'un *air particulier* ; il s'est retourné pour le regarder une seconde fois.

Des ouvriers italiens qui habitaient le même garni que lui le suivaient par derrière pour l'assassiner.

Un de ces ouvriers s'étant absenté, pendant quelque temps, de Paris, M... n'a point douté qu'il ne fût allé à Mulhouse pour s'entendre avec sa famille et préparer quelque nouvelle machination contre lui.

Un jour il n'a échappé à ces ouvriers italiens qu'en frappant violemment deux d'entre eux qu'il renversa pour s'enfuir.

On le faisait suivre par derrière pour savoir où il travaillait, afin de lui faire perdre sa place.

D'ailleurs M... n'a pas changé d'idée et il réclame toujours *la justice ou la mort*. Sa vue se perd ; il ne vaut plus rien pour le travail ; il ne peut pas mendier. Si on ne fait pas droit à ses réclamations, il poursuivra sa vengeance. Cela profitera au moins à ceux qui viendront après lui.

M... raconte longuement toute son histoire, et quoiqu'il n'y ait pas, à proprement parler, d'incohérence dans ses discours, on y remarque cependant une sorte de confusion

qui permet difficilement de démêler ce qu'il y a de fondé dans ses plaintes.

Cet homme non seulement a adressé des pétitions au roi, à la chambre des députés, au garde des sceaux, mais il a écrit plusieurs mémoires dans lesquels son histoire est *racontée d'une manière uniforme.*

Il insiste longuement dans ces mémoires sur les persécutions dont il a été l'objet de la part de ses parents, sur le tort qu'ils lui ont fait; il cite les lieux dont ils l'ont fait renvoyer, etc.

« Toutes mes entreprises jusqu'à ce jour, dit-il, enter autres choses, ont été vaines; je suis en butte à des attaques, à des arrestations et à des disputes toujours causées par mes adversaires qui ne peuvent me laisser tranquillement gagner ma vie, et au contraire me causent journellement tout le tort possible. »

Observé avec soin depuis qu'il est à la Force, cet homme n'a rien offert de particulier. Il vit à l'écart, cause peu; cependant il a parlé plusieurs fois, aux personnes qui l'entouraient, des persécutions dont il avait été l'objet de la part de sa famille et des francs-maçons.

Il n'a présenté aucun signe d'exaltation; il se trouve heureux dans la prison de la Force et cause avec douceur tant qu'on ne le presse pas de questions relatives à sa monomanie. Sa santé physique paraît excellente; son sommeil est seulement troublé souvent par des rêves pénibles et des cauchemars. M... croit avoir été averti par des signes particuliers de la mort de ceux de ses parents qu'il a perdus.

Quand son frère est mort, il a entendu frapper trois coups sur son métier.

A la mort de son oncle il a été averti par une voix pendant son sommeil.

Il semble résulter des renseignements qu'il donne sur sa famille, que l'un de ses frères qui, dit-il, a été persécuté comme lui, est mort, ayant la tête dérangée.

Tels sont les faits qui résultent des interrogatoires que nous avons fait subir à M... Réunis à ceux que nous avions trouvés dans les divers documents, ces faits nous ont permis d'établir les conclusions suivantes :

1° M... est atteint, depuis longues années, d'une monomanie qui lui fait croire à des ennemis et à des persécutions imaginaires ;

2° Cet homme a éprouvé à plusieurs reprises des illusions des sens et, entre autres, quand il a cru voir M. le procureur du roi sortir de la maison dans laquelle il travaillait ;

3° La monomanie est encore prouvée par la conviction intime de M... que la vengeance qu'il veut poursuivre contre M. le procureur du roi, M. K. et beaucoup d'autres est tout à fait légitime, par l'absence de repentir, par l'assurance qu'il donne de poursuivre ses projets de meurtre si on le laisse libre, par l'idée qu'il a que la guillotine ne serait point déshonorante pour lui ; qu'elle serait au contraire, une croix d'honneur, etc. ;

4° Cette maladie a probablement été provoquée par une prédisposition héréditaire à la folie et par des discussions d'intérêt et des pertes d'argent ;

5° La monomanie de M... est de nature à le porter aux actes les plus fâcheux pour lui et pour les autres ; et il est indispensable que ce malade soit séquestré dans un asile d'aliénés où il devra être l'objet de la plus active surveillance, son évasion pouvant compromettre la vie de plusieurs personnes.

Je me bornerai à faire remarquer que la monomanie des persécutions dont M... était atteint durait depuis vingt

ans. Dans les dernières années, les personnes avec lesquelles le malade était en rapport reconnaissaient son délire. Le juge de paix du cinquième arrondissement, tout en le condamnant à la suite d'une plainte, constate qu'il a la tête dérangée.

En 1844, il est arrêté par un commissaire de police, interrogé par un juge d'instruction, et relâché.

Enfin, dans l'année qui avait précédé la tentative d'assassinat sur M. Croissant, M... était venu plusieurs fois au parquet porter des réclamations dont la nature eut dû éveiller l'attention.

Les tentatives de meurtre, les suicides commis par des aliénés qui se croient en proie à des persécutions imaginaires, sont si fréquents qu'on s'étonne que de tels malades puissent rester libres pendant dix, quinze, vingt ans, lorsque leur délire, d'une nature si fâcheuse, peut être si facilement apprécié.

Sans la tentative d'assassinat commise par M..., il est probable qu'il eût continué à vivre en toute liberté.

On ne peut, à propos de ces faits, que faire remarquer combien il est regrettable qu'on attende le plus souvent, pour faire séquestrer un aliéné, ou des extravagances évidentes, ou quelque tentative fâcheuse contre les personnes.

Les monomaniaques avec les apparences de la raison, une tenue et des manières qui ne les distinguent pas des personnes saines d'esprit, sont cependant les aliénés les plus dangereux. Ils ont en effet toute l'intelligence nécessaire pour préparer en secret leur vengeance et exécuter leurs projets. Combien de suicides surtout sont accomplis dans le monde par des malades dans ces conditions!

Pour éviter en partie des malheurs que la publicité de chaque jour enregistre en si grand nombre, n'y aurait-il pas lieu, en dehors de la surveillance générale des agents

de l'autorité, d'avoir recours à quelques mesures spéciales? Je crois que cela serait possible et utile, et je me réserve d'examiner ailleurs comment il conviendrait peut-être de procéder.

Les mesures spéciales qu'il conviendrait de prendre pour prévenir les crimes des aliénés laissés en liberté sont dès plus simples.

Je les ai exposées devant la commission nommée par l'Académie de médecine pour examiner le projet de loi sur les aliénés.

L'autorité fait chaque année séquestrer d'office un grand nombre d'aliénés reconnus dangereux; mais elle n'intervient pas quand il s'agit d'aliénés qui ne troublent pas l'ordre, ne menacent pas la sécurité publique et semblent dès lors inoffensifs.

Cependant l'expérience prouve que parmi ces derniers il en est un certain nombre qui, à un moment donné. commettent les actes les plus graves.

Il serait donc nécesssaire pour prévenir ces actes que dans tous les cas où un aliéné est laissé en liberté cet aliéné fût l'objet d'une enquête ayant pour but de déterminer s'il est ou non dangereux.

Selon les résultats de cette enquête, qui serait faite avec toute la discrétion possible, on ordonnerait la séquestration d'office ou on se bornerait à prescrire les mesures de surveillance qu'on jugerait nécessaires.

A Paris, par exemple, rien ne serait plus facile que de centraliser les renseignements fournis par les agents de l'autorité et de les soumettre aux médecins inspecteurs de la préfecture de police.

Les agents de l'autorité ne devraient donc pas manquer de faire connaître tous les cas d'aliénation qui leur sont

signalés alors même que les malades laissés en liberté ne troublent pas l'ordre et ne commettent aucun délit.

Ces agents devraient même s'enquérir des individus qui se font habituellement remarquer en public par une tenue, des paroles, des gestes et des actes d'excentricité suffisants pour dénoter un dérangement d'esprit.

Par l'enquête faite dans tous les cas de ce genre on arriverait sans nul doute à découvrir un certain nombre d'aliénés dangereux, et je me bornerai à rappeler entre beaucoup d'autres un fait récent :

On avait remarqué depuis assez longtemps sous le péristyle de la Bourse un homme qui se promenait parlant seul et gesticulant d'une manière bizarre ; il ne troublait point l'ordre et paraissait inoffensif; on ne s'est point occupé de lui et aucune enquête n'a été faite. Mais un jour, sur le boulevard des Italiens, cet homme tira tout à coup trois coups de revolver sur les voyageurs qui allaient monter en omnibus et en blessa plusieurs ; il fut immédiatement arrêté et on apprit bientôt qu'il avait déjà été séquestré dans une maison de santé et que, depuis sa liberté, il ne sortait jamais sans être armé.

Combien de crimes annoncés chaque jour dans les journaux et dont l'annonce se termine invariablement par cette formule que, *depuis quelque temps, l'auteur du crime donnait des signes de dérangement d'esprit!* beaucoup de ces crimes auraient pu sans nul doute être prévenus si les signes de dérangement d'esprit dont on parle avaient été signalés à l'autorité et si une enquête avait été faite ?

Il est surtout une classe d'individus qui mériteraient sous ce rapport une attention toute spéciale : ce sont ceux qui adressent aux fonctionnaires des plaintes ou des réclamations souvent réitérées et auxquelles on ne répond pas

parce qu'elles ne paraissent reposer sur aucun fondement.

Tel était le cas du malade dont j'ai cité plus haut l'observation; il ne se décida, comme on l'a, vu à tenter d'assassiner un magistrat qu'après avoir attendu longtemps qu'on fît droit à ses nombreuses réclamations.

Par suite des considérations qui précèdent, la commission de l'Académie de médecine a dans sa septième conclusion émis le vœu que « l'autorité publique eût désormais le droit de prendre des mesures préventives en profitant de tous ces moyens d'information, lorsqu'un aliéné lui est signalé comme dangereux (1). »

(1) L'honorable rapporteur a fait une confusion de nom en attribuant à un autre membre de la commission la proposition que désormais l'autorité eût le droit de prendre des mesures préventives pour prévenir les crimes commis par les aliénés en liberté ; bien que cette confusion n'ait aucune importance, je crois cependant devoir la signaler pour expliquer le désaccord qu'on pourrait trouver entre le texte du rapport et le présent article. (Voir le *Bulletin de l'Académie*, 1884, tome 13, page 399.)

NOTES COMPLÉMENTAIRES

I

DE LA STRUCTURE DE LA COUCHE CORTICALE

DES CIRCONVOLUTIONS DU CERVEAU

La structure de la substance corticale des circonvolutions du cerveau, telle que je l'ai décrite, en 1840, n'a, que je sache, été contestée depuis par aucun anatomiste et l'existence des six couches alternativement grises et blanches me paraît être aujourd'hui un fait acquis à la science.

Cependant MM. Foville et Gratiolet, tout en confirmant les résultats auxquels je suis arrivé, y ont ajouté un fait d'une certaine importance.

« Nous admettons toutes les observations de M. Baillarger, dit M. Foville, mais nous croyons en outre qu'au-dessous de la dernière couche grise, une dernière couche de matière blanche appartient encore en propre à la couche corticale. Cette dernière couche suit en dedans tous les replis de cette couche, comme la pie-mère les suit en dehors. »

Il résulte de ce passage que ce n'est plus six couches, mais bien sept, qui formeraient la substance corticale des circonvolutions.

« Les faits que M. Baillarger a signalés, dit M. Gratiolet, sont d'une exactitude irréprochable. J'ai varié mes préparations de toutes manières et toujours mes recherches ont confirmé les résultats qu'il a publiés. Toutefois, je me suis assuré, par des préparations nombreuses, qu'aux couches qu'il a signalées, il faut en ajouter une septième. Cette couche, formée de fibres blanches, double dans toute son étendue le système des couches corticales. »

On voit que M. Gratiolet admet, comme M. Foville, une septième couche dans l'organisation de la substance grise des circonvolutions.

Lorsque la couche corticale se sépare nettement de la substance blanche, ce qui a lieu surtout dans le fond des anfractuosités, elle reste en effet comme doublée par une lame très mince de cette substance ; c'est un fait que j'avais bien des fois remarqué, mais auquel je n'avais pas attaché l'attention qu'il méritait.

Je ne veux point rechercher ici quelle est la structure de cette couche blanche, ni ses rapports avec la substance grise et avec les fibres rayonnantes; cette note a seulement pour objet un fait d'anatomie pathologique dans lequel j'ai rencontré tout un groupe de circonvolutions nettement séparées de la substance blanche et doublées de cette septième couche, telle que je l'avais vue souvent dans le cerveau du mouton.

La femme G..., âgée de trente-sept ans, offrait à son entrée à la Salpêtrière, les symptômes d'une paralysie générale confirmée; elle avait de l'embarras dans la parole et des signes bien tranchés de démence avec prédominance de délire ambitieux. Au bout de dix-huit mois, on reconnut un matin que cette femme était paralysée de tout le côté droit. La malade vécut encore six semaines, mais elle ne pouvait plus articuler un seul mot, et était habituellement dans un état de somnolence.

A l'autopsie, je trouvai l'hémisphère gauche du cerveau ramolli dans toute son étendue. Quand je tentai d'enlever les membranes qui étaient épaissies, j'entraînai avec elles, non pas une couche mince de substance grise, mais toute la couche corticale et des portions assez considérables de substance blanche. A la partie antérieure et supérieure, les membranes enlevèrent aussi d'une seule pièce tout un groupe de circonvolutions qui s'était séparé nettement de la substance blanche. En examinant cette pièce par sa face interne, j'avais sous les yeux de véritables circonvolutions, mais dont le sommet était formé par le fond des anfractuosités.

Ces circonvolutions étaient renversées, lisses à leur sommet et d'un blanc bleuâtre; en les incisant, on voyait que la couche blanehe qui recouvrait ainsi la substance grise était très mince et d'une épaisseur uniforme et assez adhérente. Dans le fond des anfractuosités, qui répondait au sommet des circonvolutions, la séparation ne s'était pas faite complètement, une partie de la substance blanche était restée adhérente.

Cette couche de substance blanche est celle que MM. Foville et Gratiolet croient devoir rattacher à la structure de la substance grise qui se trouverait ainsi renfermée de toute part dans une enveloppe très mince de substance blanche; on sait en

effet, que la couche extérieure du cerveau se rapproche beaucoup de cette substance. C'est ce qu'on voit bien surtout dans le cerveau des animaux et, chez l'homme, sur la circonvolution de l'hippocampe.

Je renvoie d'ailleurs aux ouvrages de MM. Foville et Gratiolet pour tout ce qui regarde la structure et les connexions de la septième couche. Je n'ai, comme je l'ai dit, d'autre but dans cette note, que de faire connaitre un fait d'anatomie pathologique qui confirme l'opinion des savants anatomistes que je viens de citer.

II

DE LA MÉLANCOLIE AVEC STUPEUR

Esquirol admet, comme on le sait, deux variétés très distinctes de mélancolie :

« La lypémanie présente, dit-il, dans l'ensemble de ses symptômes, deux différences bien marquées :

« Tantôt les lypémaniaques sont d'une susceptibilité très irritable et d'une mobilité extrême; tout fait sur eux une impression très vive ; la plus légère cause produit les plus douloureux effets, etc.

« Ils sont toujours en mouvement, à la recherche de leurs ennemis et des causes de leurs souffrances ; ils racontent sans cesse et à tout venant, leurs maux, leur désespoir.

« Tantôt la sensibilité, concentrée sur un objet, semble avoir abandonné tous les organes; le corps est impassible à toute impression, tandis que l'esprit ne s'exerce plus que sur un sujet unique qui absorbe toute l'attention et suspend l'exercice de toutes les fonctions intellectuelles. L'immobilité du corps, la fixité des traits de la face, le silence obstiné trahissent la contention douloureuse de l'intelligence et des affections. Ce n'est pas une douleur qui s'agite, qui se plaint, qui crie, qui pleure, c'est une douleur qui se tait, qui n'a plus de larmes, qui est impassible (tome I page 414). »

Il y a dix ans environ j'ai essayé de démontrer qu'il existait une trosième espèce de mélancolie non moins importante à

étudier que les deux indiquées par Esquirol. Les caractères que j'assignais à cette nouvelle forme sont les suivants :

« Les malades ont la figure triste, mais en même temps un peu étonnée; leurs traits ne sont pas contractés, leur regard est incertain; rien n'indique, chez eux, la contention douloureuse de l'intelligence; ils semblent, au contraire, dans un état tout passif.

« Ces aliénés répondent lentement et brièvement aux questions qu'on leur fait; ils cherchent ce qu'ils ont à dire; il n'y a point chez eux de silence obstiné. S'ils ne parlent pas, ce n'est point par suite d'un projet arrêté ou de la fixité d'une idée qui absorbe leur attention : c'est par une sorte d'apathie, de paresse, d'embarras intellectuel.

« Il y a chez ces malades deux choses à distinguer : un état général, qui produit la torpeur, l'engourdissement physique moral, et une sorte de tristesse sans motif; ils ont peur sans savoir pourquoi; ils redoutent des malheurs qu'ils ne spécifient point, etc. : c'est une mélancolie sans délire. »

Cet état peut être accompagné de conceptions délirantes tristes, et c'est même le cas le plus fréquent; seulement ces conceptions n'ont pas la netteté de celles des mélancoliques dont parle Esquirol, et chez lesquels « l'immobilité du corps, la fixité des traits, le silence obstiné trahissent la contention douloureuse de l'intelligence. » A mesure que la stupeur devient plus forte, le délire partiel se perd, pour ainsi dire, dans une sorte d'état de trouble général, de confusion, de chaos, accompagné le plus souvent d'illusions et d'hallucinations nombreuses d'une nature effrayante. J'ai essayé de démontrer que les malades arrivés à ce degré extrême vivaient dans une sorte de rêve, et il leur semble, en effet, au moment de la guérison, qu'ils sortent d'un long sommeil traversé par des rêves pénibles.

J'ai désigné cette variété de mélancolie sous le nom de *mélancolie avec stupeur*. J'ajoutais que la démence aiguë et la stupidité me semblaient, dans *la majorité des cas*, n'être que le plus haut degré de cette affection.

Depuis dix ans j'ai recueilli un assez grand nombre d'observations nouvelles, qui ne font que confirmer l'opinion que je m'étais formée, et ne sont guère que la répétition de celles que j'ai publiées en 1843.

Il m'a semblé qu'en revenant aujourd'hui sur ce sujet, il importait bien moins de citer mes propres observations que celles des auteurs qui depuis dix ans se sont occupés du même sujet. Ces faits ont l'avantage d'avoir été recueillis en dehors de toute

idée préconçue. Presque tous, comme on le verra, ont même été empruntés à deux auteurs qui ont en partie combattu mon opinion par suite d'une confusion dont il me sera, je crois, facile d'indiquer la cause.

Parmi les médecins placés à la tête de grands asiles d'aliénés, et qui ont fait des observations analogues à celles que j'ai publiées, je citerai particulièrement MM. Renaudin et Aubanel.

Sous le titre de *Lypémanie stupide*, M. Renaudin a décrit l'état que j'ai désigné sous le nom de mélancolie avec stupeur.

« Cet état a été, dit-il, trop souvent confondu avec la démence, dont il se distingue sous tous les rapports. Il doit être rapporté à la lypémanie, et en constitue une variété assez fréquente (1). »

Après avoir rappelé mon travail de 1843, M. Renaudin montre dans un passage trèsremarquable et que je reproduis, le germe de la mélancolie avec stupeur dans l'état physiologique :

« Si, prenant notre point de départ dans certaines circonstances de la vie ordinaire, nous analysons avec soin la situation dans laquelle nous nous trouvons, soit 'que rompant nos rapports avec le monde extérieur, nous soyons sous l influence d'une sorte de suspension de toutes les facultés, soit que, saisis d'étonnement à la vue d'un fait extraordinaire ou par la communication d'une nouvelle imprévue, notre force de réaction soit un instant paralysée, nous avons sans aucun doute sous les yeux les éléments de cette stupeur prototype de l'état qui nous occupe en ce moment. Cette suspension momentanée de toute manifestation psychique, cette torpeur passagère contre laquelle la volonté la plus énergique est souvent impuissante, n'est bien certainement qu'un premier degré de cette lypémanie stupide dont les causes sont assez variées. La tristesse vague et indéfinie, chagrin abstrait tout aussi irrésistible que s'il était raisonné est à cette variété du délire ce que la peur est à la panophobie. J'ai peur, vous répond le phanophobe; je suis triste serait toute l'explication que vous obtiendriez du stupide s'il parvenait à vous dire quelques mots. La stupidité sera donc, dans la plupart des cas, la tristesse passée à l'état de maladie. Combien de fois on est triste sans savoir pourquoi : l'action de la pensée est suspendue, les rapports avec le monde extérieur existent à peine ; c'est comme un rêve dans la veille. Qu'une stimulation énergique nous sollicite, nous avons de la peine à secouer cette torpeur, dont nous arrivons rarement à pouvoir déterminer la

(1) *Rapport sur l'asile de Fains*, 1846, p. 78.

cause. Quand on est dans cet état, on semble absorbé par une préoccupation, on répond avec peine, toute conversation fatigue, et le silence que l'on garde tient à une sorte d'inertie instinctive sans cause appréciable. Forcez un peu les teintes, ajoutez quelques nuances, et vous avez sous les yeux le lypémaniaque stupide, aliéné sans délire, automate sans spontanéité, dépression bien caractérisée de la sensibilité. Un degré de plus et nous arrivons à la stupidité délirante, dont il est souvent très difficile de caractériser l'idée mère : le malade concentre en lui tout son délire, et ce n'est que lorsqu'il a rompu ce mutisme absolu qu'on peut se rendre un compte exact des terreurs de perception et de jugement de ces infortunés malades, chez lesquels on serait quelquefois tenté de diagnostiquer une paralysie générale. »

Toutes ces réflexions sont parfaitement justes, et il n'y a qu'un seul point sur lequel je serais en désaccord avec M. Renaudin. Je ne crois pas que le malade concentre en lui son son délire, pas plus que l'homme qui rêve ne concentre en lui les pensées qui l'occupent. Dans l'un et l'autre cas, la volonté est absente et le mélancolique en proie à la stupeur subit son délire comme nous subissons nos rêves pendant le sommeil. C'est par cette passivité que la mélancolie avec stupeur diffère de la mélancolie ordinaire dans laquelle le malade concentre en effet ses pensées dans un cercle étroit et s'y attache avec la plus grande opiniâtreté.

Il y a dans ce travail du savant directeur de Maréville deux observations intéressantes.

L'une est un cas de mélancolie avec stupeur guéri par l'ouverture d'un ancien ulcère à la jambe, à la suite de l'application d'un vésicatoire.

Le malade, après sa guérison, expliquait l'impuissance où il était de parler, la transformation qu'avaient subie les objets qui l'entouraient et quelquefois les images terribles qui l'obsédaient.

Le second fait est un exemple de mélancolie avec stupeur succédant à la manie. Il s'agit d'une dame « qui pouvait à peine se mouvoir et qui, dominée par une tristesse irrésistible dont il lui était impossible de préciser la cause, versait d'abondantes larmes (1).

M. Aubanel a publié un exemple curieux de mélancolie avec stupeur, et qui pourrait en quelque sorte servir de type.

Le malade, arrêté après un meurtre commis dans un état évi-

(1) *Loco citato*, p. 83.

dent de délire, était devenu sombre, taciturne, restait plusieurs jours sans manger et marmottait des phrases qu'on comprenait à peine. M. Aubanel avait cependant pu reconnaître la nature du délire. L'aliéné croyait être dévoré par les flammes, entouré d'ennemis, de démons, perdu à tout jamais. Plus tard il tombe dans la stupeur la plus profonde ; il fallait le faire manger, l'habiller ; il laissait aller ses urines et ses matières fécales dans son pantalon ; sa figure avait un caractère remarquable d'hébétude. Cependant, même dans cet état on pouvait encore saisir quelques manifestations du délire, et on entendait le malade dire qu'il était dans les flammes et que son corps était transformé en celui d'une bête ou d'un animal immonde.

M. Aubanel fait précéder cette observation des réflexions suivantes :

« L'état mental connu sous le nom de *stupidité* ne consiste pas, comme on l'avait cru longtemps, en une sorte de suspension ou d'abolition des facultés morales et intellectuelles ; c'est d'ordinaire une forme de mélancolie profonde, où le malade ayant l'esprit plongé dans un monde fantastique et tourmenté par des illusions et par des hallucinations terribles, reste dans la stupeur et dans l'engourdissement, soit machinalement, soit plutôt par la crainte et la terreur que lui inspirent ses rêves maladifs. Dès nos premières études en pathologie mentale, nous avions remarqué ce caractère singulier et fondamental de la stupidité, et nous l'avions signalé incidemment dans nos recherches statistiques, en disant d'un malade, chez lequel la stupeur était très prononcée, qu'il nous avait raconté, après sa guérison, *que son esprit avait été en proie à des hallucinations terribles, et que la crainte des êtres imaginaires qui l'entouraient l'avait tenu dans cet état de torpeur* (1). Ce malade observé à Bicêtre en 1839 était devenu stupide après un accès de manie qui avait débuté par des visions très remarquables. C'est le même qui fait l'objet de la seconde observation dans ma thèse sur les hallucinations, observation dont je ne pus à cette époque annoncer l'heureuse terminaison, l'aliéné étant encore en traitement.

« Mais c'est à M. Baillarger qu'appartient exclusivement l'honneur d'avoir éclairé ce point de pathologie mentale et d'avoir assigné le vrai caractère de cette forme de délire. C'est à lui que nous devons la meilleure description de la stupidité, et il est certain que son mémoire, publié en 1843, n'a trouvé que des approbateurs parmi les médecins aliénistes.

(1) Thore et Aubanel, *Recherches statistiques sur l'aliénation*, p. 102.

Pour ma part, j'adopte pleinement toutes les conclusions de ce travail, et depuis, mon attention ayant été fixée d'une manière plus spéciale sur cette question, j'ai été à même de recueillir une foule de faits confirmatifs de l'opinion que ce médecin a cherché à faire prévaloir. »

Les observations les plus nombreuses et les plus importantes de mélancolie avec stupeur se trouvent dans une très bonne thèse d'un jeune médecin de Marseille, M. Sauze, et dans un mémoire de M. Delasiauve inséré dans les *Annales* en 1851.

Les faits publiés par M. Sauze, présentent la maladie à divers degrés ; on y voit le délire mélancolique associé à un léger embarras d'idées et un peu d'hébétude ; puis, dans d'autres cas, la stupeur devenant plus profonde et le malade tombant dans un grand état d'anéantissement.

Dans le mémoire dont je donne ici un extrait j'ai analysé les vingt et une observations publiées par M. Sauze ; je supprime cette longue analyse me bornant à renvoyer au mémoire lui-même (*Annales médico-psychologiques*).

Il m'a été facile de démontrer que les observations de M. Sauze confirment celles que j'avais antérieurement publiées. Elles offrent toutes en effet un double caractère et on y constate l'existence de deux éléments bien distincts.

1° mélancolie (tristesse, abattement, vague sentiment de frayeur, terreur sans motifs), ou bien délire mélancolique (conceptions délirantes tristes, hallucinations, etc.).

2° stupeur à différents degrés (embarras d'idées, lenteur de conception, confusion, inertie intellectuelle, etc.).

Ces faits, nous le croyons, ne sauraient soulever de discussions sérieuses. Une fois les deux éléments et le double caractère de ces observations admis, il ne reste plus qu'à leur donner une dénomination et qu'à s'entendre sur les mots; c'est en effet sur ce point qu'existe la dissidence.

M. Delasiauve, dans son travail, a cité trois séries d'observations :

1° Des faits de mélancolie simple ;

2° Des observations de stupidité ;

3° Des cas équivoques.

Je ne parle pas des cas de stupidité à la suite de l'épilepsie, qui sont étrangers au point que nous examinons.

Les cas équivoques, plus nombreux que ceux de stupidité tranchée, suggèrent à l'auteur les réflexions suivantes : « En analysant, dit-il, ces différentes observations (obs. 12, 13, 14, 15, 17 et 18), l'esprit hésite à se prononcer sur la nature des symp-

tômes. Ceux-ci appartiennent-ils à la stupidité ou à la lypémanie? ou plutôt ne constitueraient-ils pas de ces sortes de cas mixtes, réfléchissant l'une et l'autre forme mentale? *Il y a un tel mélange des deux ordres de phénomènes*, que cette duplicité d'affections n'est ni impossible, ni invraisemblable. »

Voilà donc qui est bien entendu : il existe des faits nombreux dans lesquels les symptômes de lypémanie et de stupeur se trouvent réunis et pour ainsi dire intimement confondus.

Là est le point principal, celui sur lequel j'ai voulu surtout appeler l'attention, peu importe ensuite la dénomination.

Désignez ces faits sous le nom de *cas équivoques* ou *mixtes*, de *stupeur avec mélancolie*, de *stupidité mixte*, je n'ai rien à dire tant que vous admettez, comme vous le faites, qu'ils ont pour caractère principal la réunion de symptômes de mélancolie et de stupeur.

Il y aurait peut-être quelque chose de puéril à insister davantage sur une discussion de cette nature. Il est bien évident que je suis d'accord sur les faits avec mon honorable collègue de Bicêtre. On peut donc désormais sans crainte tirer des observations nombreuses recueillies par M. Delasiauve et M. Sauze les conclusions suivantes :

1° Que la mélancolie ou le délire mélancolique se trouve dans un très grand nombre de cas associé à des symptômes de stupeur;

2° Qu'il y a entre ces deux éléments morbides une affinité singulière qu'il était important de signaler, affinité qui désormais ne peut plus être révoquée en doute et justifie la création d'une variété spéciale de maladie mentale;

3° Que cette variété très distincte de la monomanie triste ne saurait non plus être confondue avec la stupeur des épileptiques, ni avec la stupidité des déments et de la plupart des paralytiques, ni même avec les quelques cas de stupeur exempts de tout signe de mélancolie; exemples assez rares, mais dont je n'ai pas nié l'existence, ainsi qu'on peut le voir dans le travail que j'ai publié en 1843.

Nota. — C'est à tort qu'on paraît avoir cru que j'assimilais complètement la mélancolie *avec stupeur* à la mélancolie simple, et qu'on établit un parallèle entre les deux états pour en faire ressortir les différences. Non seulement je n'ai rien dit de semblable, mais je me suis attaché à indiquer moi-même ces différences, qui sont la conséquenc de la stupeur, élémente nouveau

d'une grande importance. C'est ce que prouve le passage suivant de mon travail :

« Dans tous les faits que j'ai rapportés, le délire a été de nature exclusivement triste ; et en s'en tenant à ce caractère principal, il est évident que ces faits doivent être considérés comme des exemples de mélancolie. Cependant il est facile de démontrer que la maladie dont il s'agit ici diffère, sous beaucoup de rapports, de la mélancolie ordinaire, et doit être distinguée comme une variété tout à fait spéciale.

« La mélancolie n'est qu'une forme de la monomanie, et son caractère principal, c'est le délire partiel.

« Le mélancolique est avant tout un monomaniaque. Si vous parvenez à le distraire des idées qui le préoccupent et absorbent son attention, vous trouverez son intelligence saine pour tout ce qui est étranger à son délire : il jugera et appréciera les choses comme elles sont. Le mélancolique, par ses conceptions délirantes, est en partie dans un monde imaginaire, mais il a conservé beaucoup de rapports avec le monde réel. Il sait qu'il est dans un hospice ; il reconnaît le médecin, les surveillants, etc. : il n'en est pas ainsi pour les aliénés stupides ; il n'y a pas pour eux deux sortes d'impressions, les unes qu'ils transforment, les autres qu'ils perçoivent comme dans l'état normal : toutes les impressions externes, comme pour l'homme qui rêve, sont autant d'illusions. Ces aliénés ne peuvent être distraits de leur délire, car, en dehors de ce délire, leur intelligence est suspendue. Il y a donc entre eux et les mélancoliques ordinaires des caractères différentiels bien tranchés, qui peuvent être comparés à ceux qui existent entre la veille et le sommeil.

« Les symptômes extérieurs fournissent d'ailleurs d'autres différences, qui quoique secondaires, n'en sont pas moins importantes. Chez les véritables mélancoliques, alors même qu'ils restent dans un état complet de mutisme et d'immobilité, la concentration active de la pensée donne à la physionomie une expression particulière qui ne ressemble nullement à celle des malades atteints de stupidité. Les traits, contractés chez les uns, sont relâchés chez les autres. Les mélancoliques opposent de la résistance à ce qu'on veut leur faire faire ; ils sortent parfois tout à coup de leur état d'immobilité pour agir avec toute la puissance que donne la passion longtemps contenue. Rien de semblable, ou du moins rien d'aussi tranché, n'a lieu dans la stupidité (1). »

(1) *Recherches sur les maladies mentales*, p. 217.

J'avoue d'ailleurs qu'aujourd'hui je n'écrirais plus que la mélancolie n'est qu'une forme de la monomanie, et que le mélancolique est avant tout un monomaniaque. A cet égard, mes idées se sont grandement modifiées.

Ce qui caractérise avant tout la monomanie, ce sont les conceptions délirantes.

Or, il y a des cas de mélancolie sans délire.

Dans la monomanie, le trouble des fonctions cérébrales est le plus souvent isolé.

Dans la mélancolie, au contraire, il existe un état général auquel il faut rattacher, dans les cas les plus tranchés, la perte de la voix, la suppression de certaines sécrétions, les modifications de la circulation, le froid des extrémités, et enfin cette impuissance de tout mouvement qui est un des caractères les plus tranchés, etc.

Tel est, à mon avis, la véritable mélancolie, celle qui se présente de temps en temps sous la forme intermittente mais que surtout on voit souvent succéder à la manie.

III

FOLIE A DOUBLE FORME

HISTORIQUE ET QUESTION DE PRIORITÉ

HISTORIQUE

Beaucoup d'anciens auteurs ont parlé des alternatives de la manie et de la mélancolie. Dans une leçon insérée dans les *Annales médico-psychologiques* de 1880, j'ai déjà rappelé les principaux d'entre eux. Je crois inutile de refaire ici un historique complet de la question, et il me paraît suffisant pour le but de cette note de citer deux auteurs qui, plus qu'on ne l'avait fait avant eux, ont fixé leur attention sur les alternatives de la manie et de la mélancolie : je veux parler de Griesinger et de Falret (1).

(1) M. Ritti a tracé un historique très complet de la folie à double forme et je ne puis que renvoyer à son ouvrage.

Avant de citer ce qu'ils ont écrit, je crois devoir rappeler quel a été le but principal de mon travail.

Si l'on veut se reporter au mémoire publié dans ce volume, (page 143), on verra que la folie à double forme comprend plusieurs ordres de faits.

Les uns n'avaient point encore été signalés : je veux parler des accès de folie à double forme isolés et des accès de folie à double forme intermittents. Ce sont ceux qui ont été le point de départ de mon travail, et qui, à mon avis, sont à l'abri de toute objection.

Les autres comprenant les accès de folie à double forme continus et à longues périodes avaient déjà été observés par les auteurs, mais mal interprétés par eux.

L'accès de folie à double forme, comme je l'ai dit, est composé de deux périodes, l'une d'excitation, l'autre de dépression, sans nulle intermittence entre elles; et qui, selon l'expression employée depuis par M. Ritti, sont pour ainsi dire *soudées* l'une à l'autre.

Ce n'est qu'après l'évolution complète et continue de ces deux périodes que se produit l'intermittence, quand elle a lieu.

Ces accès sonten tout comparables, à mon avis, à des accès de fièvre intermittente, mais n'ayant que deux stades au lieu de trois. J'ai donc cru qu'il y avait lieu d'admettre une entité morbide nouvelle.

La classification d'Esquirol se trouverait ainsi modifiée et à côté de la *manie,* de la *mélancolie* et de la *monomanie,* il y aurait lieu d'admettre un quatrième genre de folie, auquel j'ai proposé de donner la dénomination de *folie à double forme.*

Ces faits rappelés, voici les passages qui, dans l'ouvrage de Griesinger (1845), et dans une leçon de Falret (1851), se rapportent aux alternatives de la manie et de la mélancolie.

« La transition de la manie à la mélancolie, dit Griesinger et l'alternance de ces deux formes sont très ordinaires. Il n'est pas rare de voir toute la maladie consister dans un *cycle* des deux formes qui alternent, souvent très régulièrement. »

« D'autres observateurs, et nous-mêmes avons vu des cas dans lesquels une mélancolie survenue en hiver est remplacée par une manie au printemps, qui, en automne, se transforme de nouveau en mélancolie. »

« Les accès de manie avec agitation alternent souvent avec un état de mélancolie. Quelquefois, il y a entre ces deux formes une alternance régulière pour celles, par exemple, qui débutent à une certaine époque de l'année. D'autres fois, on voit ces

accès de manie avec agitation revenir après des intervalles complètement libres, réguliers ou irréguliers, de un, deux, trois ans ou davantage. C'est là une forme fâcheuse de véritable épilepsie psychique qui partage avec l'épilepsie ordinaire la gravité du pronostic. »

. . . .

« On a déjà indiqué comment, dans la plupart des cas, l'état mélancolique se transforme en un état maniaque et réciproquement. En suivant attentivement le développement de la maladie on peut voir, chez les mélancoliques, le sentiment d'une anxiété douloureuse s'accroître de jour en jour, se traduire d'abord par une manifestation intérieure d'une sorte d'inquiétude violente qui, continuant toujours à faire des progrès, se transforme enfin en une agitation maniaque complètement caractérisée. »

Les passages que je vais citer, et qui se rapportent aux alternatives de la manie et de la mélancolie, sont extraits d'une leçon publiée par Falret en 1851, dans la *Gazette des hôpitaux*, leçon qui a pour titre : *Marche de la folie.*

L'auteur, après avoir admis dans sa classification trois espèces principales de folie : la *manie*, la *mélancolie* et le *délire partiel expansif*, fait remarquer que chacune de ces formes principales « peut affecter le type intermittent »; mais que la manie le présente assez souvent pour que l'on ait admis comme variété distincte la manie intermittente.

A propos des intermittences, il ajoute un peu plus loin :

« Mentionnons aussi, en passant, un autre cas d'intermittence qui se remarque *entre la période d'affaissement et la période d'excitation de la forme circulaire des maladies mentales* sur laquelle nous insisterons tout à l'heure. »

On trouve en effet, un peu plus loin, sur ce que Falret appelle la *forme circulaire des maladies mentales*, les détails qui suivent:

« Il est, dit-il, une forme spéciale que nous appelons *circulaire* et qui consiste, non comme on l'a dit fréquemment, dans l'alternative de la manie et de la mélancolie, séparées par un intervalle lucide plus ou moins prolongé, mais dans le roulement de l'exaltation maniaque, simple suractivité des facultés avec la suspension de l'intelligence. Une période d'exaltation alterne avec une période ordinairement plus longue d'affaiblissement. Il n'y a pas là une véritable aliénation générale; c'est en quelque sorte le fonds de chacune de ces formes, sans leur relief. Chose remarquable! chacun de ces deux états pris à part est plus curable que les manies et les mélancolies ordinaires, et leur réunion constitue une forme incurable des maladies mentales.»

Il est évident que Griesinger et Falret ont observé le même ordre de faits c'est-à-dire ce groupe de malades qui passent successivement de l'état maniaque à l'état mélancolique ; de l'état mélancolique à l'état maniaque et ainsi pendant de longues années.

Griesinger a cru devoir comparer cette succession *continue* de deux états morbides à *un cercle*. Falret a créé pour cet ordre de faits, la dénomination de *forme circulaire des maladies mentales* qui prend place à côté de la forme intermittente.

Avant d'analyser les passages que je viens de citer et de rechercher ce qui peut y avoir d'exact ou d'erroné, je dois d'abord faire remarquer deux faits qui dans la question me paraissent avoir un assez grand intérêt :

1° Tous les auteurs qui ont parlé des alternatives de la manie et de la mélancolie ont admis que les deux maladies restaient distinctes.

« Il n'est pas rare, dit Esquirol, de voir la manie alterner « d'une manière très régulière avec la phtisie, l'hypochondrie et la lypémanie. »

La manie et la mélancolie restent donc ici des maladies différentes comme la manie et la phtisie pulmonaire.

L'un des élèves d'Esquirol, le docteur Anceaume, en parlant aussi de la succession de la manie et de la mélancolie, s'exprime de la manière suivante :

« Il est constant, dit-il, qu'elles affectent quelquefois le même « individu, se succédant alternativement à des intervalles plus « ou moins rapprochés ou à des périodes plus ou moins éloi « gnées, régulières ou irrégulières; mais ce n'est pas là un « complication, ce sont *deux affections* de l'esprit qui existente « *isolément* dans des temps différents.»

Rien assurément n'est plus clair : il s'agit donc, comme le dit Anceaume, dans les alternances de la manie et de la mélancolie, de deux affections de l'esprit qui existent chez le même malade, et dans des temps différents.

Il n'est pas possible d'admettre que Griesinger et Falret n'aient pas eu sur ces faits la même opinion qu'Esquirol et Anceaume. Non seulement ils ne disent rien qui puisse le faire supposer, mais, de plus, comme les auteurs qui les avaient précédés, ils ne parlent des alternances de la manie et de la mélancolie qu'à propos de la marche et des transformations de la folie.

Griesinger et Falret ont donc continué à voir dans les alternatives de la manie et de la mélancolie deux maladies distinctes.

Quant à Falret, les intermittences admises par lui entre la

période de dépression et la période d'excitation de la *forme circulaire des maladies mentales* contribuent encore à isoler les deux vésanies. La dénomination de *forme circulaire des maladies mentales* exprime d'ailleurs d'une façon très précise l'opinion de l'auteur.

Comme conséquence de ce qui précède, on comprend donc que Griesinger ni Falret n'aient pas songé à modifier la classification qu'ils avaient admise. Ceci explique comment, dans la même leçon, où il parle de la *forme circulaire des maladies mentales*, Falret a rappelé qu'il n'admet, quant aux genres de folie que trois types principaux :

La manie,

La mélancolie

Le délire partiel expansif.

2° Le second fait que je crois devoir signaler, c'est que Griesinger et Falret n'ont observé que des cas où les accès de manie et de mélancolie qui se succédaient alternativement, étaient de longue durée et continus. C'est ainsi que Griesinger décrit le passage graduel d'une forme à l'autre, et c'est parce qu'il n'a vu que des malades chez lesquels les deux périodes se succédaient sans interruption, qu'il a eu l'idée de comparer cette succession d'états pathologiques à *un cercle ;* comparaison inadmissible pour les maladies franchement intermittentes, comme l'étaient les accès observés pendant plusieurs années chez la jeune fille dont j'ai rapporté l'observation.

Dans tous les cas à longues périodes, la transition d'une période à l'autre se fait d'une manière graduelle et c'est cette transition que Griesinger a décrite.

Quant à Falret, il est encore plus certain qu'il n'a observé que des accès très longs de manie et de mélancolie alternant entre eux.

M. Ritti, après avoir analysé le passage de la leçon publié en 1851 par Falret, conclut que cet auteur « n'a vu qu'une des variétés » que j'ai réunies plus tard sous la dénomination de folie à double forme et cette variété, ajoute-t-il, « *est celle dans laquelle les accès se succèdent sans interruption.* »

Or c'est dans cette variété seulement (accès continus et à longues périodes) qu'on peut, comme il est arrivé à Falret, commettre l'erreur relative aux intermittences.

La période de transition d'une forme à l'autre dure quelquefois un mois et même six semaines, et on peut au milieu de cette période croire à une intermittence véritable.

J'ai dit, ailleurs, comment, avant que mon attention eût été

fixée sur la folie à double forme, j'avais, cédant aux instances de la famille, laissé sortir prématurément une jeune fille qu'on avait ramenée dans un état maniaque huit ou dix jours après. Un telle erreur est impossible pour les accès moins longs dans lesquels la période de transition ne dépasse pas une semaine.

Limitée aux accès continus et à longues périodes, l'observation de Falret devait le conduire à formuler le pronostic le plus grave et sans nulle restriction. Il dit, en effet, que la maladie est toujours incurable. Or ce pronostic, appliqué à l'ensemble des faits, a au moins besoin d'être expliqué.

Les accès de folie à double forme peuvent, en effet, guérir comme tous les autres accès de folie et les rechutes n'ont lieu quelquefois qu'après plusieurs années de bonne santé.

Je me bornerai à cet égard à rappeler l'observation si remarquable qu'a publiée Esquirol. Après le premier accès la malade resta bien portante pendant *huit ans.*

Le troisième accès ne survint que six ans après le second. Pour les autres accès, il y eut encore des intervalles de quatre ans, d'un an et de cinq ans.

La durée moyenne des six accès a été de cinq mois, d'où il résulte que cette dame en vingt-cinq années, a été bien portante pendant *vingt-deux ans* et malade pendant moins de *trois ans.*

Rien de semblable n'a lieu dans les cas de folie à double forme à longues périodes et continue. On conçoit donc que Falret ait prononcé sans autre explication et sans aucune atténuation l'incurabilité absolue de cette maladie.

Il me reste à parler de quelques particularités indiquées par l'un ou l'autre auteur.

Griesinger a noté la régularité dans le retour des accès et il a décrit la période de transition de l'état mélancolique à l'état maniaque.

Falret a fait une observation exacte quand il a dit que: « Dans les alternatives de la manie et de la mélancolie, il n'y a qu'exaltation maniaque simple et non état complet de manie avec délire général »; cela est vrai au moins pour la majorité des cas. Il importe cependant d'ajouter que cette exaltation maniaque a dans la folie à double forme des caractères spéciaux que Falret n'a point indiqués.

Comme je l'ai dit dans mon mémoire, et comme les auteurs l'ont admis depuis, le délire est bien plus souvent alors caractérisé par des impulsions instinctives (actes de méchanceté, ten-

dances érotiques, excès alcooliques) que par des conceptions délirantes proprement dites.

Falret a été moins exact pour ce qui a trait à l'état mélancolique.

L'état maniaque d'après lui alternerait avec la *suspension de l'intelligence*.

Or, si l'on se reporte aux observations publiées dans mon mémoire et à toutes celles qui ont été réunies par M. Ritti dans sa monographie, on reconnaîtra que cette suspension de l'intelligence n'existe pas, au moins dans la très grande majorité des cas.

Dans la première des observations que j'ai rapportées, la malade appréciait très bien tout ce qui se passait autour d'elle et comprenait bien les questions qu'on lui faisait, etc.

Dans la seconde observation, on constate l'existence d'un véritable délire mélancolique; le malade se reprochait toutes ses actions passées.

Il en était de même dans la sixième observation, le malade avait conscience de toutes les extravagances auxquelles il s'était livré pendant la période d'excitation, et il en était si malheureux qu'il faisait des tentatives de suicide.

Ainsi que M. Ritti l'a très bien indiqué, il y a dans cette période de dépression trois degrés différents comme dans la mélancolie ordinaire :

1° Simple état de dépression mélancolique ;

2° Délire mélancolique;

3° Mélancolie avec stupeur.

Dans les deux premiers cas, qui sont de beaucoup les plus nombreux, il est facile de s'assurer qu'il n'y a pas suspension de l'intelligence. Dans les cas, au contraire, où le malade tombe dans une profonde stupeur, on pourrait croire que l'intelligence est suspendue; mais cette question souvent discutée, est fort difficile à juger; ce qu'il importe de rappeler c'est qu'avant de tomber dans la stupeur les malades ont du délire mélancolique.

C'est ainsi que la jeune fille dont j'ai déjà rapporté l'observation (observation 5) avait des idées de suicide.

L'état de stupeur se produit surtout lorsque les périodes de manie et de mélancolie ont une longue durée, et ces cas, comme je l'ai fait remarquer plus haut, sont les seuls que Falret ait observés.

Les particularités signalées par Griesinger et Falret à propos

des alternatives de la manie et de la mélancolie, étaient passées inaperçues et aucun auteur en effet ne les avait mentionnées.

Il est toutefois surprenant que Morel, l'élève le plus distingué de Falret n'ait pas dit un mot à cet égard dans son *Traité des maladies mentales*, publié en 1853.

Il n'a même pas hésité à déclarer plus tard que le passage relatif à la *forme circulaire des maladies mentales*, publié par Falret en 1851 dans la *Gazette des hôpitaux*, n'avait point été remarqué par lui. Voici en effet ce qu'il écrivait en 1864 :

« Nous sommes heureux, disait-il, que le débat porté devant « l'Académie ait jeté quelque lumière sur les données déposées « assez confusément dans les colonnes d'un journal de méde- « cine où personne, pas plus M. Baillarger que le public et « l'auteur de cet article, n'avait su les discerner. » (*Union médicale* 1854, page 488.)

En résumant ce qui précède, on voit :

1° Que Griesinger et Falret n'ont parlé des alternatives de la manie et de la mélancolie qu'à propos de la marche et des transformations de la folie;

2° Qu'ils ont continué, comme les auteurs qui les avaien précédés, à considérer dans tous ces cas la manie et la mélancolie comme deux maladies distinctes;

3° Que, comme conséquence de ces opinions, ni l'un ni l'autre n'ont songé à modifier la classification des maladies mentales admise jusque-là;

4° Qu'ils n'ont observé que les accès continus et à longues périodes, ce qui explique la comparaison de la maladie à un cercle, faite par Griesinger, et la dénomination de *forme circulaire des maladies mentales* créée par Falret.

Depuis la publication de mon travail, la plupart des auteurs me paraissent avoir admis la *folie à double forme* comme une entité morbide nouvelle.

Voici à cet égard comment s'exprimait M. Foville en 1872, dans la partie de l'article Folie qu'il a consacrée à la *folie à double forme*.

Après avoir résumé mon opinion, il ajoute que « cette opinion. sans avoir été adoptée d'une manière générale, a déjà rallié bon nombre de partisans (1). »

Plus loin, il dit encore, en parlant de la folie à double forme : « Son individualité bien distincte est, du reste, confirmée tous les jours par l'observation attentive des malades, et les faits cli-

(1) Folie à double forme; *Dictionnaire de médecine et de chirurgie*, t. XV, p. 322.

niques se chargeront de plus en plus, nous n'en doutons pas, de montrer combien M. Baillarger a eu raison d'en faire une entité morbide indépendante. »

QUESTION DE PRIORITÉ.

Quinze jours après la lecture de mon mémoire à l'Académie de médecine, Falret a réclamé pour lui la priorité des idées que j'avais émises. Bien qu'il m'ait été facile, dans la séance suivante, de démontrer que cette réclamation n'était point fondée, et que son auteur n'ait fait aucune réponse pour la soutenir, je tiens cependant à ne laisser à cet égard aucun doute dans l'esprit du lecteur et je résumerai brièvement ce qui a trait à ce sujet.

Pour juger cette question de priorité, il suffit de comparer ce que l'auteur de la réclamation avait écrit en 1851, avant la publication de mon mémoire, et ce qu'il a écrit en 1854 après cette publication.

En faisant cette comparaison, on pourra constater les faits suivants :

1° La dénomination de *forme circulaire des maladies mentales*, qui ne pouvait s'appliquer et ne s'appliquait, en effet, qu'à un mode particulier d'évolution de la folie, est remplacée par celle de *folie circulaire*.

2° Cette *forme circulaire* n'est plus, comme la *manie intermittente* et comme la *forme circulaire* des maladies mentales, une simple variété dans l'évolution de la folie : elle devient désormais une entité morbide nouvelle et un nouveau genre de folie qui prend place à côté de la manie, de la mélancolie et du délire partiel expansif.

Falret ne se borne pas à ranger le nouveau genre de folie à côté de la manie et de la mélancolie; il croit pouvoir ajouter que la folie circulaire *est même à plus juste titre que la manie et la mélancolie une forme naturelle* (1).

(1) On trouve aussi cette dénomination de *folie circulaire*, dans un tirage à part des leçons de Falret fait quelques jours après la lecture de mon mémoire. Voici à cet égard ce qu'on lit dans l'ouvrage de M. Ritti :

« Falret, dit-il, dont nous avons cité plus haut des passages importants
« d'une de ses leçons consacrées à l'étude de la marche des maladies men-
« tales, publia, quelques jours après la lecture du mémoire de M. Bail-
« larger à l'Académie de médecine, un tirage à part de son cours profess-

3° La folie à double forme, telle que je l'ai décrite est caractérisée par des *accès* comprenant deux périodes, l'une d'excitation et l'autre de dépression, se succédant sans nulle intermittence, et qui sont *soudées* l'une à l'autre. C'est après l'évolution complète de ces deux périodes que survient l'intermittence. Or, dans le passage publié par Falret dans la *Gazette des hôpitaux* en 1851, il n'est point question d'*accès*, le mot n'y est pas même écrit et la raison en est simple. Comme on l'a vu, en effet, l'auteur admettait une *courte intermittence* entre l'accès de manie et l'accès de mélancolie. Il s'agissait donc purement et simplement d'une *folie intermittente à formes alternes*. Dans le mémoire de 1854 il n'en est plus ainsi, la *folie circulaire* est caractérisée par des *accès* et ces *accès* sont constitués exactement de la même manière que les accès de la *folie à double forme*.

L'intermittence entre les périodes est supprimée; et l'auteur, adoptant mon opinion, admet que cette intermittence ne se produit qu'*après l'évolution complète et continue* de ces deux périodes.

Il n'y a donc plus, comme on le voit, aucune différence entre la *folie à double forme* et la *folie circulaire*.

Je n'indique ici que les faits principaux; mais comme aucun de ces faits ne se trouve dans le court passage publié en 1851, il n'y avait réellement pas lieu à une réclamation de priorité. C'est ce qu'il m'a été facile de démontrer à l'Académie. Je crois encore devoir rappeler qu'aucune réponse, ni à ce moment ni depuis, n'a été faite pour soutenir la revendication de priorité.

Les auteurs qui ont écrit depuis sur la folie à double forme n'ont, d'ailleurs, manifesté à cet égard aucune hésitation. Je me bornerai à en citer ici quelques-uns.

Marcé après avoir rappelé ce que Thomas Willis, Esquirol, mais surtout Griesinger et Falret, avaient dit des alternatives de la manie et de la mélancolie, ajoute :

« Enfin, M. Baillarger, envisageant la question à un point de vue différent, a, le premier, fait voir qu'entre la période maniaque et la période mélancolique il n'existait, à proprement parler, pas d'intervalle lucide; que l'association de ces deux formes

« à l'hospice de la Salpêtrière. Dans cette nouvelle édition de son enseignement, on trouve les idées exprimées dans les citations que nous « avons rapportées plus haut, plus développées, et l'on y voit apparaître « pour la première fois les termes de *folie circulaire*, en lieu et place de « ceux de *forme circulaire des maladies mentales* qui se trouvent dans la « *Gazette des hôpitaux* (Ritti, *Folie à double forme*, p. 35).

constituait l'accès, et que l'intermittence, lorsqu'elle existait, ne *s'observait qu'après l'évolution complète de cette double période*, d'où le nom de folie à double forme qu'il a donné à la maladie. » (MARCÉ *Traité des maladies mentales.*)

M. Foville à propos des alternatives de la manie et de la mélancolie reconnaît aussi que j'ai, le premier, « entrepris de démontrer que ces cas sont tout à fait *indépendants de la manie et de la mélancolie*, et proposé de les ériger en une *nouvelle entité morbide, absolument distincte des deux autres*, et de donner à cette maladie nouvelle le nom de *folie à double forme.* »

Plus loin il ajoute encore que, d'après l'opinion émise dans mon travail, « la succession de l'agitation et de la dépression n'est plus une *simple particularité de la marche de certains cas de folie; elle est le caractère pathognomonique d'une espèce à part.* »

Je me bornerai à faire une dernière citation empruntée à la monographie de M. Ritti.

Cet auteur indique d'abord ce que Falret a dit à propos de la forme circulaire des maladies mentales, puis il ajoute : « Mais il n'est pas moins incontestable que M. Baillarger a, le premier, nettement établi que la manie et la mélancolie peuvent en certains cas être soudées l'une à l'autre, si je puis m'exprimer ainsi, et constituer alors *une entité morbide nouvelle composée de deux périodes, comme l'accès de fièvre intermittente est une entité morbide formée de trois stades. Cet accès n'appartient ni à la manie, ni à la mélancolie, mais à un nouveau genre de folie que, d'après son principal caractère, M. Baillarger a désigné sous la dénomination de folie à double forme.* Mais cet auteur ne s'est pas arrêté là; après avoir bien établi l'existence de ces accès il a recherché d'après les faits, la manière dont ils peuvent se combiner, et il a montré qu'ils se présentent soit d'une façon isolée, soit d'une manière intermittente, ou même qu'ils se succèdent sans interruption. Dans cette dernière catégorie seulement, nous le répétons, rentrent les cas décrits par Falret sous le nom de folie circulaire. » (*Folie à double forme*, page).

Les trois auteurs dont je viens de rappeler les opinions sont tous, comme on le voit, très explicites quant à la question de priorité pour la folie à double forme.

Marcé indique très bien que pour constituer l'*accès de folie à double forme*, il a fallu d'abord rectifier l'erreur des auteurs qui croyaient à l'existence d'une intermittence entre les deux périodes et démontrer, comme il le dit, que cette *intermittence,*

quand elle existe, ne se produit qu'après l'évolution complète de l'accès.

Quant à MM. Foville et Ritti, leur opinion est exprimée de la manière la plus nette et la plus précise.

Tous deux admettent que c'est dans mon mémoire du 14 janvier 1854 qu'a été constituée, pour la première fois, une entité morbide nouvelle indépendante de la manie et de la mélancolie.

Je crois devoir ajouter que Griesinger qui, comme l'a fait remarquer M. Foville, est bien réellement le premier auteur dont l'attention ait été fixée d'une manière spéciale sur les alternatives de la manie et de la mélancolie, a publié, en 1865, une seconde édition de son ouvrage et n'a soulevé aucune question de priorité.

Il a rappelé que pour les alternatives de la manie et de la mélancolie, je m'étais efforcé « de démontrer qu'il n'y a pas d'*intermittence* entre l'*état mélancolique* et l'*état maniaque*, et que les deux accès ne sont que deux périodes d'un seul et même accès. »

Telle est, en effet, l'opinion nouvelle émise dans mon travail, opinion dont il n'y avait aucune trace ni dans l'ouvrage de Griesinger ni dans la leçon de Falret.

Il me paraît inutile d'insister davantage sur ce sujet. J'espère avoir démontré que la revendication de priorité soulevée par Falret n'était point fondée (1).

(1) J'ai regretté assurément de n'avoir point connu avant la lecture de mon mémoire le court passage publié par Falret dans la *Gazette des hôpitaux* en 1851. Je n'aurais pas manqué de discuter les opinions de l'auteur avant la revendication comme je les ai discutées après. Ainsi que je l'ai dit plus haut, ce passage n'avait d'ailleurs été jusque-là cité par personne, et. Morel, l'élève le plus distingué de Falret, ne l'avait pas même remarqué. Je crois aussi quant à cette question de priorité, devoir renvoyer à la lettre que j'ai adressée à Morel et qui a été insérée dans l'*union médicale* de 1854 page 488, et reproduite dans les *Annales médico-psychologiques* de 1855 page 179 J'ajoute qu'il n'a été fait à cette lettre aucune réponse, les faits que j'indiquais n'étant point susceptibles d'être contestés.

IV

RECHERCHES STATISTIQUES

SUR

L'HÉRÉDITÉ DE LA FOLIE

Les recherches statistiques sur l'hérédité de la folie, publiées plus haut, comprenaient, comme je l'ai dit, six cents observations (Voir page 159).

Dans la première édition de cet ouvrage, j'ai résumé à titre de documents les six cents observations en trente-huit tableaux. Je crois inutile de les reproduire ici. Je me borne à donner les résultats généraux indiqués dans les quatre tableaux suivants :

Proportion des cas de folie transmis en ligne directe et de ceux transmis en ligne collatérale sur 300 (observations hommes).

Folie transmise en ligne directe ou en ligne directe collatérale sur 300.	220	Folie transmise en ligne collatérale	80	Frères	22
La mère	101	Oncles	60	Sœurs	15
Le père	99	Tantes	32	Fils	6
La grand'mère M. ou P.	22	Grands-oncles	6	Filles	»
Le grand-père M. ou P.	9	Grand'tantes	2	Neveux	»
		Cousins	35	Nièces	»
		Cousines	8		
Total des parents en ligne directe	231	Total des parents en ligne collatérale	143	Total des frères, sœurs, fils, filles, neveux, nièces	43
Total des parents maternels ou paternels en ligne directe ou collatérale qui ont été aliénés					417

***Proportion des cas de folie transmis en ligne directe et de ceux transmis en ligne collatérale sur* 300**

(observations femmes).

Folie transmise en ligne directe ou en ligne directe collatérale sur 300.	219	Folie transmise en ligne collatérale.	81	Frères.	30
La mère.	142	Oncles.	38	Sœurs.	41
Le père.	67	Tantes.	36	Fils.	1
La grand'mère M. ou P.	15	Grands-oncles.	3	Filles.	4
Le grand-père M. ou P.	5	Grand'tantes.	4	Neveux.	1
		Cousins.	26	Nièces.	»
		Cousines.	16		
Total des parents en ligne directe.	229	Total des parents en ligne collatérale.	143	Total des frères, sœurs, fils, filles, neveux, nièces.	77
Total des parents maternels ou paternels en ligne directe ou collatérale qui ont été aliénés.					449

Résumé général des 600 *observations* (hommes et femmes).

Proportion des cas de folie transmis en ligne directe et de ceux transmis en ligne collatérale

Nombre des parents aliénés.

Folie transmise en ligne directe ou en ligne directe collatérale sur 600.	439	Folie transmise en ligne collatérale	161	Frères.	52
La mère.	243	Oncles.	98	Sœurs.	56
Le père..	166	Tantes.	88	Fils	7
La grand'mère M. ou P . . .	37	Grands-oncles..	9	Filles..	4
Le grand-père M. ou P. . . .	14	Grand'tantes.	6	Neveux.	1
		Cousins..	61	Nièces.	»
		Cousines.	24		
Total des parents en ligne directe.	460	Total des parents en ligne collatérale..	286	Total des frères, sœurs, fils, filles, neveux, nièces., . .	120
Total des parents maternels ou paternels en ligne directe ou collatérale qui ont été aliénés sur 600.					866

Résumé général des* 600 *observations **(hommes et femmes réunis) (1).**

Nos des Tableaux.	Nombre des Observations.	CÔTÉ MATERNEL. Mères.	Grand'mères.	Grands-pères.	Oncles.	Tantes.	Grands-oncles.	Grand'tantes.	Cousins.	Cousines.	Frères.	Sœurs.	Fils et neveux.	Filles et nièces.	TOTAUX.	CÔTÉ PATERNEL. Pères.	Grands-pères.	Grand'mères.	Oncles.	Tantes.	Grands-oncles.	Grand'tantes.	Cousins.	Cousines.	Frères.	Sœurs.	Fils et neveux.	Filles et nièces.	TOTAUX.	Totaux des cas transmis par la mère.	Totaux des cas transmis par le père.
1	100	41	3	1	13	9	1	3	4	3	7	7	1	1	94	25	1	2	8	5	»	»	7	4	5	3	»	1	61	60	40
2	100	38	5	1	10	10	1	»	7	5	4	3	»	1	85	24	4	2	10	7	»	»	8	»	5	2	1	»	63	58	42
3	100	39	4	1	9	13	1	1	3	2	4	9	1	1	88	33	»	»	8	2	»	»	6	1	1	2	»	»	53	57	43
4	100	43	3	»	10	11	2	»	6	1	7	5	»	»	88	25	1	3	13	1	1	1	3	1	3	3	»	»	55	61	39
5	100	39	6	4	5	11	»	»	8	»	6	6	»	»	83	29	»	1	5	5	»	»	»	3	3	»	2	»	48	59	41
6	100	43	5	1	3	6	1	1	3	3	5	11	2	1	85	30	»	3	4	8	2	»	6	1	2	5	»	»	61	58	42
	600	243	26	8	50	60	6	5	31	14	33	41	4	4	523	166	6	11	48	28	3	1	30	10	19	15	3	1	341	353	247

(1) On a, dans ce tableau, réuni les nombres du premier tableau des hommes à ceux du premier tableau des femmes, et ainsi pour les autres. Il en résulte que chaque ligne offre ici le résumé de 100 observations.

V

LEÇONS

SUR

L'HÉRÉDITÉ DES MALADIES MENTALES

En 1843, le Dr Barnès a publié dans le journal anglais *the Lancet* quatre leçons sur l'hérédité de la folie, recueillies à mon cours.

Dans ces leçons j'avais étudié avec soin tout ce qui se rattache à ce sujet et cité un grand nombre d'observations.

Je n'ai point l'intention de donner ici même un court résumé de ces leçons; je crois cependant devoir rappeler le cadre que je m'étais tracé. J'examinais les questions suivantes :

1° Quelles sont, chez les parents, les conditions de santé qui peuvent faire craindre la transmission aux enfants d'une prédisposition à la folie?

2° A quels signes reconnaît-on cette prédisposition chez les enfants?

3° Quelle est la proportion des folies héréditaires?

4° Suivant quelles conditions et quelles lois la transmission a-t-elle lieu?

5° Comment peut-on comprendre la transmission héréditaire et quelle est sa nature?

V

PHYSIOLOGIE DES HALLUCINATIONS

LES DEUX THÉORIES.

L'hallucination est la reproduction d'une sensation en l'absence de toute excitation extérieure des organes des sens ; elle n'entraîne pas toujours, comme la sensation normale, la croyance à l'existence réelle de l'objet, mais elle provoque toujours, comme elle, l'extériorité spontanée des images.

L'halluciné, en effet, voit réellement les images en dehors de lui dans un point de l'espace et il a toujours conscience qu'elles ont surgi spontanément et sans aucune intervention de sa volonté. *L'extériorité spontanée d'une image est donc le caractère essentiel de l'hallucination* (1).

On a admis que les images conservées par la mémoire, peuvent en se revivifiant se transformer en sensations sans l'intervention des appareils sensoriels : *c'est la théorie psychique.*

L'hallucination étant la reproduction d'une sensation, jai essayé de démontrer qu'elle ne peut avoir lieu sans une excitation sensorielle interne : *c'est la théorie psycho-sensorielle.*

Je vais examiner successivement chacune de ces deux théories (2).

THÉORIE PSYCHIQUE.

D'après Esquirol, qui a créé le mot hallucination, « les prétendues sensations des hallucinés sont des images, des idées, reproduites par la mémoire, associées par l'imagination, personnifiées par l'habitude (3) ».

Pour lui, l'hallucination est un phénomène qui s'accomplit indépendamment des sens.

(1) *Annales médico-psychologiques* 18..6, t. I, page 130.

(2) Pour prévenir toute confusion, il doit être bien entendu que dans ces deux théories, il ne s'agit que de l'*hallucination véritable*. Il y a, en effet, chez les hallucinés des phénomènes de nature différente et il ne sera pas question ici des hallucinations *psychiques* qu'on a aussi désignées sous la dénomination de *fausses hallucinations*.

(3) Esquirol, t. I, page 192.

« Les sens, dit-il, les extrémités sentantes ne sont pour rien dans ce délire (1). »

Lélut admet aussi que les hallucinations ne peuvent être attribuées « à la perversion de l'action des sens puisque chez les hallucinés rien n'agit sur ces derniers qui, d'un autre côté, ne sont pas malades » (2).

Dans un autre de ses ouvrages le même auteur a longuement exposé la théorie de l'hallucination, et il s'est efforcé de démontrer que les idées, nées des sensations, peuvent, en se revivifiant, revenir à leur point de départ et se transformer en sensations. Il conclut de la manière suivante :

« Après tous les développements qui précèdent, dit-il, c'est à peine si l'hallucination, l'hallucination par excellence, la sensation fausse prise et acceptée pour une sensation véritable, aurait besoin d'être prouvée dans son existence et expliquée dans sa nature. Elle ne devra presque plus paraître et n'est presque pas autre chose que le résultat un peu forcé d'un acte normal de l'intelligence; le plus haut degré de la transformation sensoriale de l'idée, le fait des préoccupations dans les arts élevé à la dernière puissance (3).... »

Dans l'ordre d'idées que je viens de rappeler, l'hallucination, comme on le voit, a presque cessé d'être une maladie, « *elle ne serait presque pas autre chose que le résultat un peu forcé d'un acte normal de l'intelligence.* » Il n'y aurait plus là une déviation complète de l'ordre physiologique, mais un retour en quelque sorte insensible de l'idée à la sensation. Les grands peintres, les grands compositeurs pourraient arriver à ce phénomène de l'hallucination par le seul développement de cette faculté, que nous possédons tous, de nous représenter mentalement les objets ou de nous rappeler les sons. On comprend donc que Brierre de Boismont ait fait un pas de plus en admettant purement et simplement une classe d'hallucinations qu'il a appelées *physiologiques*.

En 1855 une longue discussion sur les hallucinations eut lieu à la Société médico-psychologique, et la théorie de Lélut fut surtout défendue par deux des membres les plus distingués de la Société, Buchez et Peisse, bien connus par leurs travaux de psychologie.

(1) Esquirol, t. I, page 191.
(2) Lélut, *Du démon de Socrate*, page 277.
(3) Lélut, *De l'amulette de Pascal*, page 82.

Je me bornerai à reproduire ici les passages suivants empruntés à Peisse.

« L'hallucination, dit-il, ce phénomène en apparence si étrange, n'est que la répétition des opérations ordinaires et normales de la mémoire et de l'imagination s'exerçant spontanément et involontairement avec un degré insolite d'énergie..... elle n'est, en essence, phychologiquement et physiologiquement, que le phénomène de la représentation mentale et du rappel des perceptions sensorielles par la mémoire et l'imagination ou conception; de même que cette représentation, dite interne, des objets des sens est en *essence* identique avec la perception externe elle-même, à la sensation..... Toute représentation dans la conscience (de quelque manière qu'elle soit provoquée) d'une couleur, d'un son, d'une saveur, d'une odeur est *ipso facto* un acte de vision, d'audition, de gustation, d'olfaction; et j'ai conclu de là que les phénomènes, en apparence si disparates, de la *perception* sensorielle ou *sensation*, de la *représentation mentale* volontaire et normale (*mémoire*, *imagination*, *conception*) et de la représentation mentale involontaire et anormale (*illusion*, *hallucination*) étaient des produits d'une seule et même faculté psycho-organique, s'exerçant dans des conditions diverses et à des degrés différents d'intensité (1).

Ainsi l'hallucination ne serait pas autre chose que la répétition des opérations normales de la mémoire s'exerçant spontanément et involontairement avec un degré insolite d'énergie. On comprend donc que l'auteur dise ailleurs que l'hallucination « (*n'est que l'exagération du phénomène normal du rappel des perceptions des sens par la mémoire et l'imagination*) (2).

La théorie psychique exposée par Peisse dans ces passages a été admise par beaucoup d'auteurs.

Je me bornerai à citer ici Griesinger qui me paraît avoir très nettement posé la question.

Après avoir rappelé que les grands artistes ont le pouvoir d'évoquer les images avec une telle netteté qu'elles équivalent presque à la vue de l'objet lui-même, il se demande s'il y a entre ces images et les hallucinations une différence *spécifique* ou simplement une différence de *degré*, et il se prononce pour cette dernière hypothèse. Il ne « croit pas qu'il y ait, dans les hallucinations, intervention d'un *acte particulier* qui manquerait dans ce qu'on appelle l'excitation de l'imagination. » Il ne voit donc,

(1) *Annales médico-phychologiques*, 1856, t. II, p. 282.
(2) *Annales médico-phychologiques*, 1855, t. I, p. 544.

comme Peisse, qu'une différence de degré entre la simple représentation mentale et l'hallucination (1).

Les partisans de cette théorie ont souvent rappelé à l'appui de leur opinion celle de Malebranche; à propos des personnes qui « croient voir devant leurs yeux les objets qui ne sont que dans leur imagination », il dit en effet : « Cela montre bien qu'à l'égard de ce qui se passe *dans le corps, les sens et l'imagination ne diffèrent que du plus et du moins*, ainsi que je viens de l'avancer. »

On a vu plus haut que, pour Lélut, l'hallucination n'était presque pas autre chose que le fait de la préoccupation dans les arts, élevé à sa dernière puissance et pour ainsi dire le couronnement de l'idée fixe. Or, il importe de rappeler, ce que je crois avoir démontré dans mon mémoire, que l'hallucination, loin d'être le résultat direct et immédiat de la concentration de l'attention, a au contraire pour condition l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination; et qu'elle ne surgit que dans la période de détente (2).

Il y a longtemps que Garnier a dit avec raison que l'attention est mortelle aux fausses perceptions, et, loin de les provoquer directement, elle les fait disparaître quand elles existent.

Cela ne veut pas dire que la concentration de l'esprit longtemps continuée sur une image ne puisse agir sur le centre sensitif et y provoquer de l'excitation. La persistance des idées fixes ne produit pas seulement des troubles circulatoires dans le cerveau proprement dit, elle peut aussi provoquer des troubles semblables dans les centres sensitifs : ainsi se trouve créée la condition nécessaire à la production de l'hallucination.

« Toute hallucination, dit M. Alfred Maury, est précédée d'une période d'incubation dans laquelle l'esprit fortement agité, réagit puissamment sur les nerfs sensitifs et puis plus tard ces nerfs sont affectés tout à coup sans cause externe; ils sont pris comme d'un mouvement spasmodique et l'hallucination se produit (3). »

Ainsi l'hallucination ne survient pas comme effet *direct* et *immédiat* de la réaction de l'esprit; elle n'apparaît que *plus tard* quand cette réaction a cessé et doit alors être attribuée aux troubles que celle-ci a produits.

Voici encore, quant à l'influence de la réaction de l'esprit sur

(1) Griesinger, traduction de Doumic, page 105.
(2) *Mémoires de l'Academie de médecine*, tome 2, page 429.
(3) Alfred Maury, *Du sommeil et des rêves*, page 168.

la production des hallucinations, un autre passage emprunté au même auteur.

« Un homme est poursuivi par la crainte d'être damné. Cette idée le préoccupe, c'est-à-dire qu'elle vient d'elle-même à la traverse de ses occupations intellectuelles. Le retour fréquent de cette crainte, qui prend sa source dans un sentiment développé naturellement par l'éducation, réagit constamment sur l'esprit, et par contre-coup sur les nerfs sensitifs. Notre homme craint de voir, d'entendre, de sentir le diable. Ses appréhensions agissent à son insu sur la partie encéphalique des nerfs sensitifs, et tout à coup, un beau jour, notre homme voit le diable en personne et entend son ricanement : il ne méditait pourtant pas sur le diable; bien au contraire, cette idée lui faisait peur, il la fuyait; mais il n'en était pas moins sous l'empire de la préoccupation qui s'attachait à cette idée. »

« Voilà le caractère de la véritable hallucination, de l'hallucination pathologique (1). »

Dans tout cela, comme on le voit, il ne s'agit point d'images qui se revivifient directement jusqu'au point de s'objectiver, mais simplement de préoccupations maladives qui, après avoir produit de l'excitation cérébrale et probablement des troubles circulatoires dans la couche corticale, ont fini par provoquer les mêmes troubles dans les centres sensitifs, et c'est alors « *qu'un beau jour* » apparaissent *tout à coup* les hallucinations, lesquelles se rapporteront très souvent aux préoccupations actuelles des malades, comme cela arrive dans les rêves. Or il y a loin de ces hallucinations, effets consécutifs d'une fatigue cérébrale à celles qui seraient le couronnement direct de l'idée fixe.

Le fait qu'a indiqué M. Maury dans le passage qui précède s'observe très souvent chez les aliénés. Beaucoup d'entre eux sont pendant des mois, quelquefois même des années, en proie à des idées fixes, avant d'être hallucinés. Les images qui dominent leur esprit sont assurément très vives ; mais elles ne changent pas de nature et ne sortent pas de leur domaine jusqu'au jour où l'excitation et les troubles qu'elle entraîne se sont étendus aux centres sensitifs, et c'est à l'aide de cette condition nouvelle que les hallucinations se produisent.

M. Taine a rappelé que d'après les physiologistes, l'éthérisation agit d'abord sur la sphère intellectuelle et que ses effets ne s'étendent qu'un peu plus tard aux centres sensitifs. C'est quel-

(1) Alfred Maury, page 170.

que chose d'analogue qui s'observe, mais dans des conditions différentes, chez les aliénés, quand les hallucinations ne surviennent que longtemps après l'invasion des idées fixes.

Il y a, il est vrai, des cas où l'attention ayant été fortement et longuement appliquée à la contemplation d'une image, cette image apparaîtra tout à coup presque aussitôt que la contention d'esprit aura cessé et que la période de détente se sera produite, C'est ce qui a lieu souvent dans l'extase ; ce sera, si l'on veut, la convulsion succédant immédiatement à une forte contraction musculaire longtemps prolongée. Mais cette objectivité presque immédiate de l'image ne change rien aux conditions indiquées plus haut. On peut en effet rapprocher ces cas des hallucinations des micrographes, bien que la cause de l'excitation sensorielle soit très différente.

Il y a quelques jours, je m'étais appliqué à lire pendant *quelques minutes seulement* les caractères très fins d'une carte de géographie. Ayant cessé, je passai dans une pièce demi-obscure et tout à coup la carte de géographie apparut devant mes yeux.

Que l'excitation des centres sensitifs ait été provoquée par des impressions du dehors ou par la réaction de l'esprit, la condition qui donnera lieu à l'hallucination reste la même. Il s'agit toujours de la persistance d'action de ces centres quand la cause externe ou interne de stimulation a cessé d'agir.

Dans tous ces cas l'objectivité de l'image ne peut être prévue à l'avance, pas plus qu'on ne peut prédire que les impressions très vives de la veille se reproduiront pendant les rêves, bien que le fait arrive très souvent.

Les observations qu'on a invoquées pour prouver que l'hallucination peut être le résultat direct et immédiat d'une grande concentration d'esprit, soulèvent d'ailleurs beaucoup d'objections.

Chez certains artistes les images peuvent se produire avec une extrême vivacité, ce qui leur permet d'en distinguer tous les détails. Mais quelque développée que soit cette faculté, ces images ne peuvent être assimilées aux hallucinations.

Horace Vernet qui, comme on le sait, possédait cette mémoire des images au plus haut degré, interrogé par M. Alfred Maury s'est expliqué de manière à ne laisser aucun doute sur ce point.

Je crois devoir, à cet égard, rappeler ici que Flaubert, qui avait éprouvé lui-même le phénomène de l'hallucination, a déclaré dans une lettre citée par M. Taine qu'il y a pour lui *un*

abîme entre la représentation mentale des grands artistes et des poètes et l'hallucination véritable (1).

Ce qui crée cet abîme c'est que l'hallucination étant la reproduction d'une sensation, l'halluciné établit entre elle et la simple représentation mentale la même différence qu'entre celle-ci et la sensation. Or, si personne ne songe à contester les rapports étroits qui existent entre la simple représentation mentale et la sensation, si tout le monde est également d'accord pour reconnaître les caractères différentiels très précis qui séparent les deux phénomènes, il n'en est pas de même quand il s'agit de l'importance qu'il convient d'accorder à ces caractères différentiels. On peut, en se reportant à la discussion de 1856, voir combien Peisse a cherché à les atténuer (*Annales médico-psychologiques*, 1856, p. 285).

Pour le caractère d'extériorité, par exemple, qu'offre l'objet perçu par les sens et qui manque dans la simple représentation mentale, il ne croit pas, tout en admettant la différence, « qu'elle soit aussi absolue qu'on le suppose. » « En fait, dit-il, l'objet imaginé ou conçu est toujours, comme l'objet perçu sensoriellement, présenté comme une chose extérieure placée *quelque part* hors de moi et à distance de moi. L'objet n'est pas *dans* moi, il est *devant* moi; il a toujours une situation idéale dans l'espace. »

Tout cela est exact, mais ce n'est pas là ce qui constitue le caractère différentiel. Pour extérioriser une image comme l'indique Peisse, il faut un effort personnel, et tant que dure cet effort, nous ne cessons pas, selon les expressions de M. Taine, d'avoir conscience qu'il s'agit « d'un effet du dedans et non d'une impression du dehors. »

Dans l'hallucination, au contraire, l'extériorité de l'image est spontanée et se produit en dehors de toute intervention de la volonté.

Voici d'ailleurs, sur cette question, l'opinion de Bain.

« Quoique nous ne puissions pas, dit-il, nous dispenser d'employer les mots recouvrer, raviver, reproduire, rappeler, quand nous traitons des sensations, il faut se figurer qu'il y a une différence radicale entre la sensation et la sensation rappelée, qu'on appelle proprement l'idée. Cette différence fondamentale et indestructible se rattache au sens de la réalité objective, qui est la propriété de la sensation, non la propriété de l'idée. La sensation

(1) Taine, *De l'intelligence*, tome I, page 121.

causée par la vue du soleil est une chose, et l'idée ou sensation rappelée du soleil en est une autre ; bien qu'elles se ressemblent, elles diffèrent pourtant par cette propriété essentielle (1) ».

On voit que pour Bain il y aurait entre la sensation et la sensation rappelée une différence *radicale fondamentale* et *indestructible*.

Est-il besoin de rappeler que dans beaucoup de cas l'hallucination entraîne comme la sensation normale la croyance à l'existence réelle de l'objet et qu'elle est pour celui qui l'éprouve l'équivalent de la sensation.

On pourrait donc dire qu'entre le souvenir et l'hallucination il y a aussi une différence *radicale fondamentale* et *indestructible*, et répéter avec Flaubert que les deux phénomènes sont séparés par un *abîme*.

Il y a, il est vrai, des hallucinés qui apprécient très bien la nature des phénomènes qu'ils éprouvent; l'hallucination n'entraîne point pour eux la croyance à l'existence réelle des objets. Mais, comme je l'ai dit plus haut, ils ont toujours la conviction de l'*extériorité spontanée* des images qui apparaissent devant leurs yeux. Or, ce caractère suffit pour établir une différence radicale entre l'hallucination et la simple représentation mentale, car, selon les expressions de Bain, il est une propriété de l'hallucination et non une propriété de l'idée.

Je crois devoir rappeler que dans la discussion qui a eu lieu en 1855, à la Société médico-psychologique, les opinions de Lélut, de Peisse et de Buchez avaient d'ailleurs été combattues par plusieurs membres de la Société.

« Je pense, quant à moi, a dit M. Garnier, qu'il y a entre ces phénomènes (perception, conception et hallucination), non une différence de degré, mais une différence de nature. Je ne crois pas que l'on puisse établir entre la perception et la conception une simple différence de vivacité; je crois que souvent la perception est très faible et la conception très vive et que cependant nous les reconnaissons l'une et l'autre pour ce qu'elles sont. Si j'aperçois dans l'ombre passer l'apparence d'une personne, j'en vois à peine la taille et la forme, et je puis me les représenter très vivement et très exactement et savoir que ma perception est très obscure et ma conception très claire. Loin que ces deux phénomènes soient les degrés l'un de l'autre, ils se détruisent l'un l'autre; ainsi la conception n'a toute sa vivacité et sa force qu'en l'ab-

(1) Bain, *Les sens et l'intelligence*, page 281.

sence de la perception. Elles contrastent l'une avec l'autre. Pour qu'elles soient reconnues telles qu'elles sont, il suffit qu'elles soient en regard l'une de l'autre (1). »

Malgré mon incompétence pour la solution des questions psychologiques, comme il s'agit ici d'impressions que chacun peut étudier sur soi-même, j'ai cru pouvoir aussi dans la discussion de 1855, combattre l'opinion de Peisse et admettre qu'il y a entre la simple représentation mentale et la sensation une différence *essentielle* et *radicale*. Je comparais cette différence à celle qui existe entre l'*ombre et le corps* (2).

En résumé, pour les partisans de la théorie psychique il n'y aurait entre le souvenir et la sensation qu'une différence de degré, et sous l'influence d'une excitation plus vive l'image intérieure pourrait s'objectiver et se transformer ainsi en sensation, « sans l'intervention d'un *acte particulier* qui manquerait dans ce qu'on appelle l'excitation de l'imagination » (Griesinger).

On a ainsi été conduit à considérer l'hallucination comme l'*exagération du phénomène normal du rappel des perceptions des sens par la mémoire et l'imagination* (Peisse) ou comme n'étant presque pas autre chose que le *résultat un peu forcé d'un acte normal de l'intelligence* (Lélut).

J'ai indiqué quelques-unes des objections que soulève cette théorie. Il en est d'autres qu'on peut déduire des faits sur lesquels s'appuie la théorie *psycho-sensorielle*, elles seront résumées plus loin.

THÉORIE PSYCHO-SENSORIELLE.

C'est la théorie que j'ai exposée dans mon travail en 1846; elle peut être résumée par la proposition suivante : L'hallucination véritable est toujours formée de deux éléments : l'un *psychique* et l'autre *sensoriel*.

Aucune hallucination n'a donc lieu sans l'intervention des sens.

L'existence de l'élément psychique n'avait pas besoin d'être discutée; mais il n'en était pas de même de l'élément sensoriel qui, comme on l'a vu, n'était point admis par les partisans de la théorie psychique. Il a donc été nécessaire pour démon-

(1) *Annales médico-psychologiques*, 1856, t. II, p. 285.
(2) *Annales médico-psychologiques*, 1856, t. II, p. 289.

trer l'existence de cet élément sensoriel, de réunir un assez grand nombre de faits qui ont surtout été empruntés aux hallucinations de la vue.

Je ne puis que renvoyer ici à la partie de mon travail qui a pour titre : *Phénomènes sensoriels dans les hallucinations de la vue,* et surtout à celle qui est consacrée à l'étude de *la nature des hallucinations.* Je crois cependant devoir rappeler brièvement quelques-uns des faits réunis sous le titre : « *Détails sur la manière dont les hallucinés sont impressionnés.* »

— Il est des cas dans lesquels les images couvrent les objets extérieurs. — Quand elles se dissipent certaines parties restent visibles plus longtemps que d'autres. — Un halluciné presse le globe de l'un de ses yeux et provoque le phénomène de la diplopie. — Moi-même pendant la durée d'hallucinations provoquées par le haschich, je vois à mes côtés la même image reproduite *six fois.* — Des hallucinés de l'ouïe n'entendent parfois les voix que d'un seul côté. — Les images fantastiques qui s'observent dans le passage de la veille au sommeil, sont souvent précédées de points brillants ou obscurs qui se changent au bout de quelques minutes en stries nuageuses, errantes.

En étudiant les phénomènes sensoriels dans les hallucinations de la vue, j'ai successivement signalé le cas où les hallucinés voient les images se mouvoir, changer de dimension ou se transformer ; la manière dont ces images apparaissent et disparaissent ; la distance à laquelle elles sont vues, leur direction, l'influence du mouvement des yeux, de la lumière, de l'abaissement des paupières, etc.

J'ai en outre invoqué le témoignage de plusieurs physiologistes célèbres qui avaient pu étudier leurs propres hallucinations et entre autres celui de Burdach déclarant que les hallucinés de la vue ont dans l'œil la même sensation que si un objet extérieur se trouvait placé devant *cet œil vivant et ouvert.*

Depuis quelques années on a recueilli beaucoup de faits confirmant l'existence de l'élément sensoriel dans les hallucinations et insisté surtout sur les hallucinations unilatérales.

Quant au rôle qu'il convient d'assigner à l'élément sensoriel il me paraît avoir été très nettement indiqué dans l'observation suivante citée par M. Taine.

Le D[r] Lazarus étant au Righi, avait vainement essayé de distinguer à l'œil nu un glacier. « Pendant une durée de six à dix minutes, j'avais, dit-il, tendu mon regard vers la montagne dont la couleur, selon les diverses altitudes et profondeurs, flot-

tait entre le violet, le brun et le vert sombre et je m'étais en vain fatigué lorsque je cessai et m'en allai. Au même instant je vis (je ne puis me rappeler si c'est avec les yeux ouverts ou fermés) un de mes amis absents comme un cadavre devant moi. »

Après avoir cherché par suite de quelle association d'idées l'image de son ami avait pu ainsi surgir tout à coup, le Dr Lazarus ajoute : « En ce moment, soit pour mieux réfléchir, soit parce que mes yeux étaient fatigués, je fermai les yeux et tout d'un coup je vis tout le champ de ma vue sur une étendue considérable couvert de la même couleur cadavérique, le gris jaune vert. »

Quant à l'explication du phénomène qu'il venait d'éprouver, celle que donne le Dr Lazarus est des plus simples. « On voit clairement, dit-il, qu'ici un *souvenir interne* surgissant selon les lois de l'association s'était *uni avec une sensation consécutive de la vue*. L'excitation excessive de la périphérie du nerf optique, je veux dire la longue sensation préalable que mes yeux avaient eue en contemplant la couleur de la montagne, avait provoqué par contre-coup une sensation subjective et durable, celle de la couleur complémentaire; et mon souvenir *incorporé à cette sensation subjective* était devenu le fantôme à teinte cadavérique que j'ai décrit (1) ».

Dans cette curieuse observation on constate qu'une image ancienne conservée par la mémoire a été pour ainsi dire projetée tout à coup au dehors; d'intérieure qu'elle était elle est devenue extérieure, mais cette transformation a été précédée « *de l'excitation excessive de la périphérie du nerf optique* (1). »

Ce fait me paraît pouvoir servir de type et il résume, à mon avis, très bien toute la théorie psycho-sensorielle.

On y voit, comme le dit le docteur Lazarus, un souvenir interne *associé* à une *sensation consécutive de la vue* « *ce souvenir s'était incorporé à une sensation* subjective et était devenu le fantôme à teinte cadavérique. »

Le phénomène de l'hallucination résultait donc ici de la réunion de deux éléments distincts : l'un *psychique* et l'autre *sensoriel*.

Les sensations et les images ont chacune leur domaine.

Il y a des cas très nombreux dans lesquels les appareils sensoriels sont le siège d'une excitation très vive et très longtemps prolongée et cependant aucune hallucination ne se produit.

(1) Taine, *De l'intelligence*, t. I, p. 124.

D'autre part combien d'aliénés sont en proie à des idées fixes et qui ne deviennent point hallucinés.

Tant que l'excitation reste bornée à la sphère sensorielle ou à la sphère intellectuelle on ne voit point apparaître les hallucinations. Il faut pour qu'elles se produisent une double condition et la réunion de deux états inconnus dans leur nature et qu'on traduit par le mot excitation.

Voilà ce que démontrent beaucoup de faits et on ne peut guère que se borner à les constater ; peut-être cependant convient-il de rappeler, comme l'a fait M. Ritti, que l'extériorité des images pourrait s'expliquer par « ce phénomène qu'on appelle en biologie *l'excentricité des sensations* », on sait en effet que les amputés localisent certaines douleurs dans les membres qu'ils ont perdus; de même, quel que soit le point de l'appareil sensoriel qui se trouve atteint, c'est aux extrémités périphériques qu'on localise les sensations (1).

Le haschich, la belladone et d'autres agents toxiques, qui provoquent si souvent des hallucinations, agissent toujours simultanément sur l'intelligence et sur les appareils sensoriels; la question de l'intervention des sens dans tous ces cas est facile à juger.

Quand, au lieu de survenir sous l'influence d'agents toxiques, les hallucinations sont provoquées par une émotion très vive, on peut aussi constater le plus souvent qu'elles sont précédées ou accompagnées de troubles sensoriels. Il est inutile d'insister de nouveau ici sur cet ordre des faits; je citerai cependant l'exemple suivant que j'ai recueilli récemment.

M. X..., âgé de quarante-huit ans, est depuis de longues années très impressionné par l'orage; à mesure que celui-ci approche il est en proie à une sorte d'anxiété qui bientôt ira jusqu'à un véritable tremblement des membres et de la mâchoire inférieure.

Or, dans ces conditions, s'il se trouve seul, marchant dans la campagne, mais surtout s'il suit une allée de bois il lui arrive constamment de voir devant lui des personnages, des animaux qui reculent à mesure qu'il avance; ce sont des ombres, mais parfaitement dessinées et ayant tout le relief de personnages ordinaires.

Ce phénomène se prolonge longtemps mais n'empêche point M. X... d'avoir conscience de son état et de parfaitement distinguer et juger les objets qui l'entourent. Or, chose remarquable,

(1) Ritti, *Théorie physiologique de l'hallucination*, page 50.

l'apparition de ces fantômes et de ces animaux est toujours précédée *de larges bandes de flammes qui passent devant ses yeux*, ce qui prouve ici l'excitation des appareils sensoriels (1).

On peut objecter, il est vrai, que si l'excitation des appareils sensoriels est bien démontrée dans un grand nombre de cas, il en est d'autres où cette démonstration n'est pas possible. On ne peut alors constater ni maladie ni même de fatigue des organes des sens et l'hallucination elle-même peut n'être ni précédée ni accompagnée de phénomènes sensoriels appréciables.

Pour répondre à cette objection je commencerai par citer un fait qui m'est personnel :

Il y a quelques années j'ai éprouvé pendant plusieurs mois un phénomène singulier. Quand le soir je passais d'une pièce éclairée dans une autre qui l'était beaucoup moins, tout à coup, j'apercevais, *à gauche seulement*, des taches lumineuses assez grosses qui se succédaient avec rapidité. L'examen des deux yeux fait à l'aide de l'ophthalmoscope n'a rien fait découvrir d'anormal et d'autre part ma vue était excellente ; je n'éprouvais d'ailleurs absolument aucune sensation qui eût pu appeler mon attention en dehors des taches lumineuses elles-mêmes.

On doit cependant admettre qu'il y avait alors au moins des modifications circulatoires qui ne provoquaient pour moi aucune impression appréciable, excepté dans la condition spéciale que je viens d'indiquer. Or dans combien de cas d'anémie ou de congestion n'est-il pas possible de supposer, chez les hallucinés, des modifications des appareils des sens dont les malades n'auraient pas conscience (2) ?

Il y a une autre objection qu'il importe aussi de mentionner. Comme on l'a fait bien souvent remarquer, les irritations directes des appareils sensoriels ne produisent pas autre chose que des sensations simples : bluettes lumineuses, bourdonnements d'oreilles, etc., et on ne peut admettre que ces excitations spon-

(1) Il importe de noter que M. X... est très sujet au phénomène des images fantastiques qui précèdent le sommeil, mais ce phénomène a chez lui une intensité et une durée fort rares. Ces images sont si fortes et si persistantes qu'il a peine à s'en débarrasser ; il y parvient d'ordinaire en ouvrant les yeux et en se tournant du côté de la rue qui est éclairée. M. X... éprouve aussi assez souvent de *la diplopie*.

(2) Je crois devoir faire remarquer ici l'influence du passage de la lumière à une demi-obscurité sur la production des taches lumineuses. — Ces taches constituaient un phénomène purement sensoriel or, n'est-il pas curieux de constater que souvent l'objectivité des images se produit dans des conditions analogues. (Abaissement des paupières — passage de la veille au sommeil), n'y-a-t-il pas là un argument de plus en faveur de l'existence de l'élément sensoriel das les hallucinations ?

tanées des sens puissent reproduire les combinaisons si délicates et si compliquées qui ont donné lieu dans le passé à la production de telle ou telle image. J'ai insisté ailleurs sur ce sujet et je crois seulement devoir ajouter ici qu'il ne s'agit point d'assigner un tel rôle aux excitations sensorielles.

On se borne à constater que ces excitations sont simplement un des éléments de l'hallucination et une condition *nécessaire* pour sa production. C'est cette condition qui, seule, peut expliquer l'extériorité des images.

Il a été dit plus haut qu'on avait dans les travaux les plus récents signalé beaucoup de faits confirmant la théorie psycho-sensorielle. Ces faits sont devenus autant d'objections contre la théorie psychique et ont servi à la réfuter. Voici à cet égard l'opinion formulée par deux auteurs très compétents.

M. Binet, dans un remarquable mémoire publié dans la *Revue philosophique*, après avoir rappelé que d'après la théorie psychique, l'hallucination « *consisterait simplement dans l'extériorisation d'idées vives* » combat cette théorie de la manière suivante :

« Une idée-image, dit-il, localisée au milieu des objets extérieurs à une distance déterminée de l'œil et de la main, — une idée que l'on voit en ouvrant l'œil droit, et qu'on ne voit pas de l'œil gauche, — une idée qui disparaît du champ de la conscience quand on ferme les deux yeux, — une idée dont la perspective se modifie avec les mouvements du corps — une idée qui se déplace avec le point de visée — enfin une idée que la pression oculaire dédouble et que le prisme dédouble et dévie, — voilà assurément des faits bizarres; pris en eux-mêmes ils sont incompréhensibles (1) ».

M. Binet s'applique d'ailleurs, à démontrer l'intervention des sens dans les hallucinations, et il fait remarquer avec raison que « si l'image cérébrale qui s'extériorise crée si parfaitement pour l'halluciné l'apparence d'un objet extérieur, c'est parce que cette image est associée à des impressions des sens qui lui communiquent leurs propriétés. »

Pour lui, « l'hallucination est comme la perception normale des objets extérieurs, un acte mixte, un phénomène psycho-sensoriel. » (Page 393) (2).

(1) M. Binet, *Revue philosophique*, 1884, tome 1er, page 411.
(2) Je crois devoir rappeler que c'est aussi l'opinion qu'ont défendue M. Luys et M. Ritti. Pour eux, deux phénomènes essentiels, l'un *psychique* et l'autre *sensoriel*, constituent l'hallucination ; M. Ritti ajoute que ces deux phénomènes sont *indissolublement unis*.

M. Ball, dans ses leçons sur les maladies mentales, après avoir rappelé les faits qui démontrent l'existence de l'élément sensoriel, dans les hallucinations ajoute :

« Il existe donc incontestablement un élément physique dans les hallucinations, et pour tout esprit non prévenu, les faits que je viens d'indiquer, démontrent jusqu'à l'évidence que la théorie psychique qui fait de l'hallucination une sensation retournée est absolument insoutenable dans l'état actuel de nos connaissances (1). »

En résumé, si on compare les deux théories qui viennent d'être exposées on reconnaîtra qu'on peut invoquer en faveur de la théorie psycho-sensorielle trois ordres de faits qui ne laissent aucun doute sur l'existence de l'élément sensoriel dans un très grand nombre d'hallucinations.

1° Dans certaines illusions des sens qui, comme il a été dit, constituent en réalité de véritables hallucinations on voit les images s'objectiver à l'occasion d'excitations sensorielles venues du dehors.

2° Quand les hallucinations surviennent alors qu'il y a une maladie ou une simple fatigue de l'organe sensoriel, personne ne songe à mettre en doute l'influence de l'excitation des centres sensitifs. L'observation du docteur Lazarus citée plus haut peut, sous ce rapport, servir de type.

3° Les hallucinations que provoquent certains agents toxiques ou des émotions très vives sont souvent précédées et accompagnées de phénomènes purement sensoriels.

Beancoup de faits tendent d'ailleurs à démontrer que les appareils sensoriels sont souvent le siège de troubles circulatoires dont on n'a nulle conscience et qui peuvent expliquer les cas d'hallucination qui ne rentrent pas dans les trois catégories indiquées plus haut.

La sensation n'a jamais lieu sans l'action des centres sensitifs, et l'hallucination étant la reproduction d'une sensation, l'action seule de ces centres sensitifs peut expliquer l'extériorisation des images; comme l'a dit avec raison M. Binet, si ces images créent si parfaitement pour l'halluciné l'apparence d'un objet extérieur, c'est parce qu'elles sont *associées à des impressions des sens qui leur communiquent leurs propriétés*.

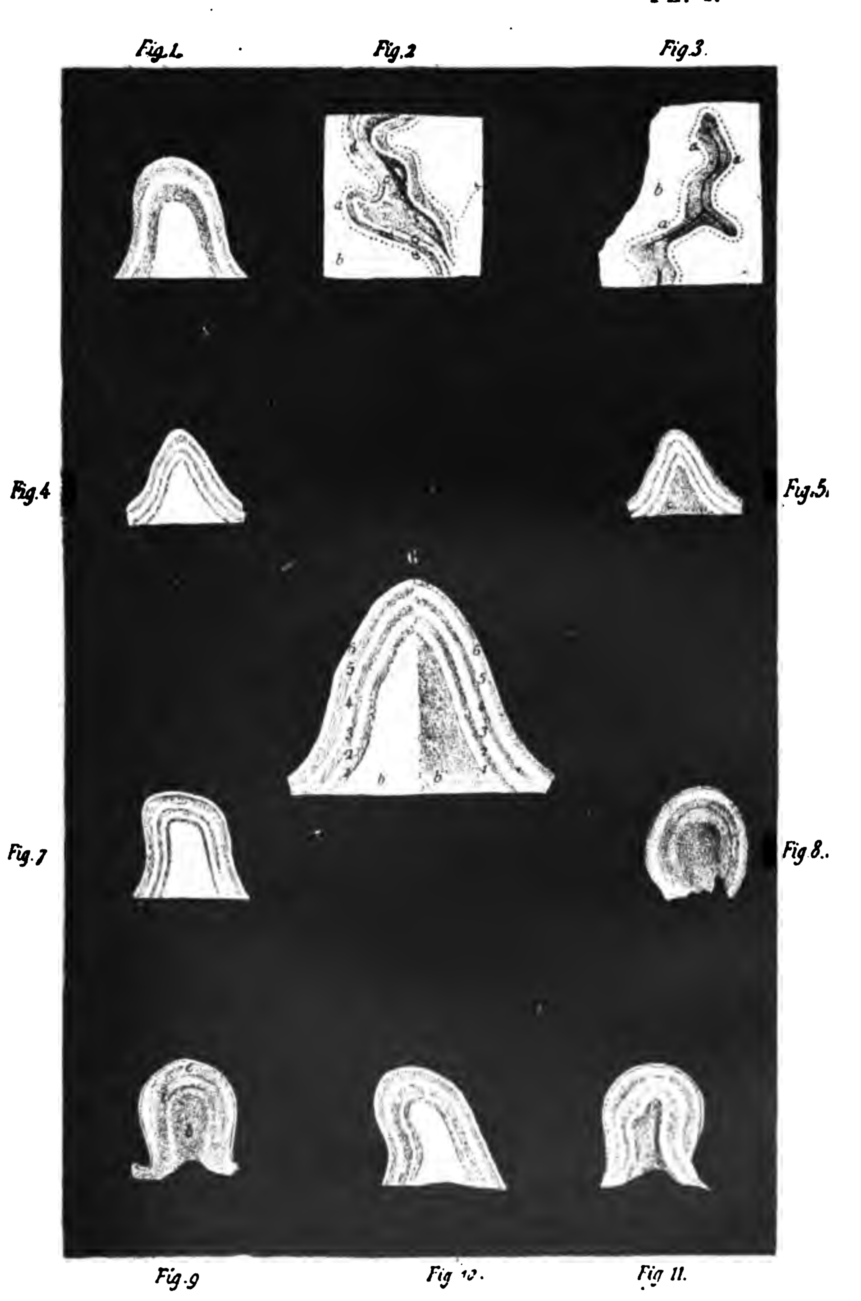
Quant à la théorie psychique, les rares observations qu'on invoque en sa faveur sont des plus contestables ou peuvent rece-

(1) M. Ball, *Leçons sur les maladies mentales*, page 124.

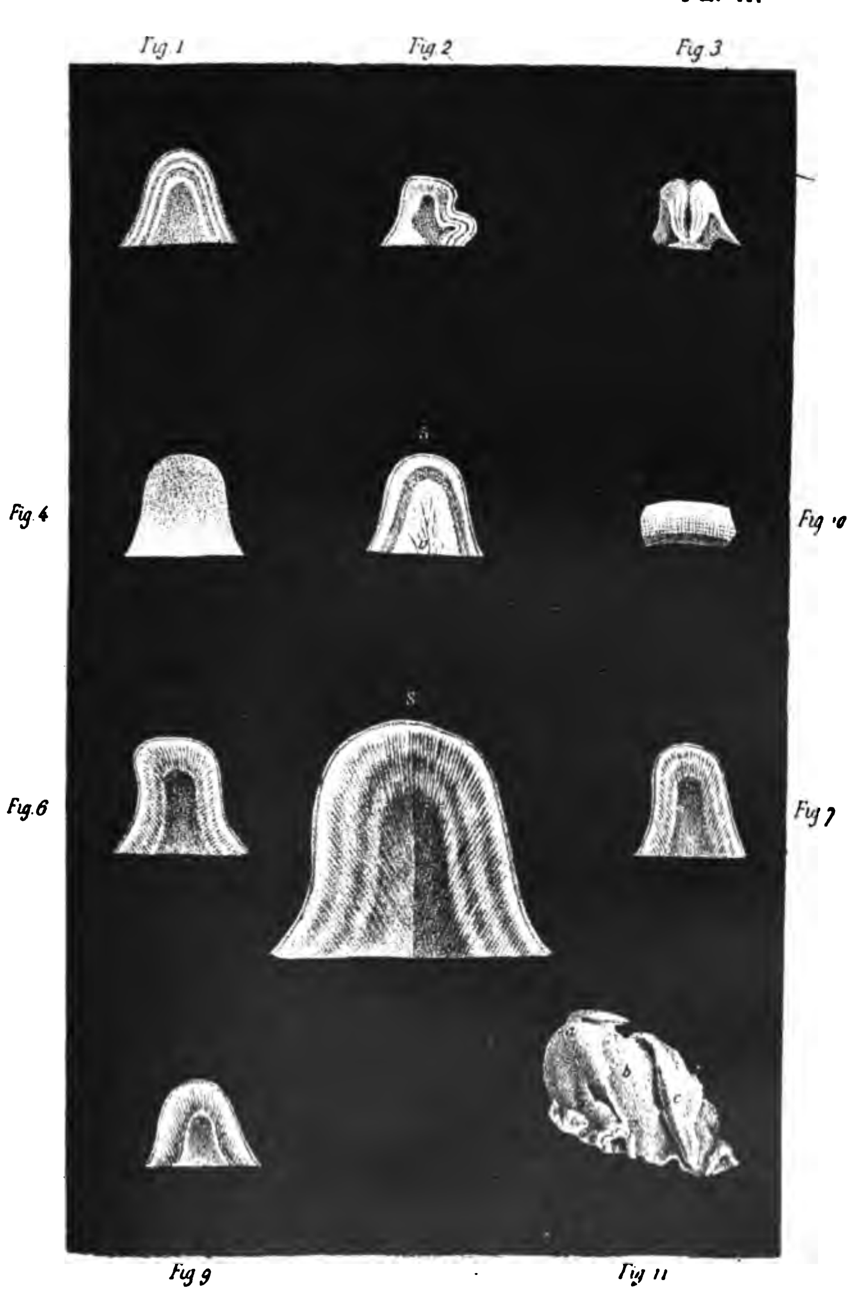
voir un mode d'interprétation différent de celui qu'on leur donne.

En dehors de ces observations il ne reste plus que l'hypothèse des images pouvant s'extérioriser par le seul fait d'un degré plus grand dans l'excitation qui les provoque; or malgré le talent avec lequel cette hypothèse a été soutenue on comprend qu'elle ait perdu beaucoup de son importance, depuis que les faits sur lesquels s'appuie la théorie psycho-sensorielle sont devenus plus nombreux.

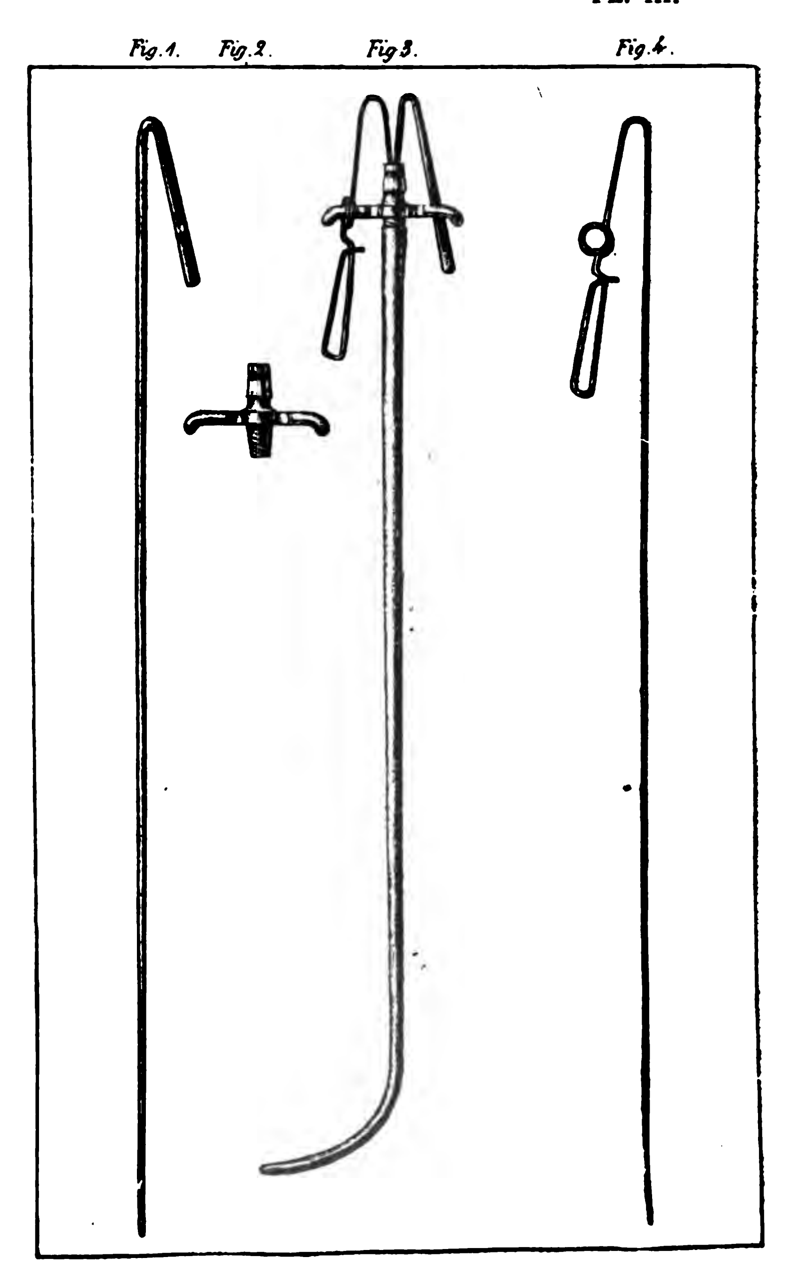
PL. I.



PL. II.



PL. III.



EXPLICATION DES PLANCHES

PLANCHE I (1).

Fig. 1. Ligne blanche dans l'épaisseur de la couche corticale vue, par Vicq-d'Azyr dans les lobes postérieurs, et par M. Cazauvieilh dans toute l'étendue des circonvolutions.

Fig. 2. Cette figure est copiée de l'ouvrage de Gennari. B. substance blanche. A A, couche mince d'un blanc jaunâtre placée entre la substance blanche et la substance grise. D D, couche de substance grise séparant la ligne A A d'une seconde ligne blanche C qui se trouve, par conséquent, dans l'épaisseur même de la substance corticale. Cette disposition a été notée par Gennari comme exceptionnelle.

Fig. 3. Autre figure copiée de l'ouvrage de Gennari représentant la disposition qu'il a vue en général. B, substance blanche, A A A, troisième substance du cerveau formant une couche mince entre la substance blanche centrale et la substance corticale, laquelle, par conséquent, n'est pas divisée.

Fig. 4. Circonvolution du cerveau du mouton. On voit les six couches alternativement grises et blanches.

Fig. 5. La même, vue par transparence. Les couches, blanches étant opaques sont marquées en noir; les couches grises transparentes sont marquées en blanc. C'est donc le contraire de la figure 4; ainsi la première couche grise dans la figure 4 est blanche dans la figure 5 et ainsi des autres. On verra mieux cette disposition dans la figure 6.

(1) Toutes les figures des planches I et II ont été dessinées sur les pièces fraîches, excepté les figures 1, 2, 3 de la planche Ire, copiées dans d'autres ouvrages. La figure 6 de la planche Ire et la figure 8 de la planche II sont des figures grossies. La figure 10 de la planche II, vue au microscope beaucoup plus grande, a été diminuée. Toutes les autres figures, excepté la figure 11 de la planche II, sont des lames minces de circonvolutions placées entre deux verres, et plus ou moins aplaties.

Fig. 6. Figure grossie. La moitié gauche est vue par l'aspect simple, la moitié droite est supposée vue par transparence. Moitié gauche : B, substance blanche, 1, 2, 3, 4, 5, 6. Les six couches alternativement grises et blanches.

Moitié droite : B, substance blanche vue en noir parce qu'elle est opaque, 1, 2, 3, 4, 5, 6. Les six couches alternativement transparentes et opaques. Les couches transparentes marquées en blanc 1, 3, 5, se continuent avec les couches grises 1, 3, 5 de la moitié gauche marquées en noir, les couches opaques 2, 4, 6, vues en noir, se continuent avec les couches blanches 2, 4, 6, de la moitié gauche.

Fig. 7. Circonvolution du cerveau de l'homme. Aspect simple. Les six couches alternativement grises et blanches.

Fig. 8. Variété dans une circonvolution du cerveau de l'homme, vue par transparence. Au milieu de la substance corticale, on voit une couche opaque formée des couches 2, 3 et 4, très rapprochées. Au milieu de cette couche, quelques intervalles transparents indiquent encore l'existence de la 3e couche.

Fig. 9. Variété dans une circonvolution du cerveau de l'homme vue par transparence. B, substance blanche. I, plan opaque formé des quatre premières couches. La transparence fait reconnaître quelques vestiges des 1re et 3e couches grises atrophiées. E, plan externe de la substance grise.

Fig. 10. Circonvolution des lobes postérieurs. Au milieu de la substance corticale une ligne blanche très apparente (4e couche), au-dessous une seconde ligne blanche beaucoup plus petite et moins visible (2e couche).

Fig. 11. Circonvolution d'un cerveau de cheval. Les six couches vues par transparence.

Planche II.

Fig. 1. Circonvolution du cerveau du chien. Les six couches vues par transparence.

Fig. 2. Circonvolution d'un cerveau de chat. Les six couches vues par transparence dans une partie seulement, confondues dans le reste.

Fig. 3. Commencement de la couche corticale sur le corps calleux ; cerveau de lapin, vue par transparence.

Fig. 4. Circonvolution du cerveau d'un enfant nouveau-né. Aspect simple. Tout paraît homogène.

Fig. 5. La même pièce vue par transparence : V, vaisseaux au centre qui est transparent plus haut, les lignes transversales dans la couche corticale plus opaque.

Fig. 6. Les deux rangées de fibres dans la couche corticale vue par transparence. Cerveau de l'homme.

Fig. 7. Même pièce, cerveau de porc. Les fibres plus grosses et moins nombreuses que dans la pièce précédente.

Fig. 8. Pièce grossie. La moitié gauche reproduit la figure 6, la moitié droite la figure 7.

Fig. 9. Fibres dans la couche corticale du cerveau du chien. On commence à voir des fibres transversales.

Fig. 10. Structure de la couche corticale du lapin vue au microscope. Fibres verticales croisées à angle droit par des fibres transversales très nombreuses.

Fig. 11. Circonvolution du cerveau de l'homme sur laquelle la couche extérieure a été enlevée. C, lambeau renversé de la couche extérieure enlevée à la partie B. A, partie intacte.

Planche III.

Fig. 1. Mandrin en baleine.

Fig. 4. Mandrin en fer.

Fig. 2. Pièce métallique se vissant dans la sonde et qui sert à maintenir d'un côté le mandrin en fer et de l'autre le mandrin en baleine.

Fig. 3. La sonde avec les deux mandrins, le mandrin en fer a été recourbé et maintient le mandrin en baleine.

TABLE DES MATIÈRES

TROISIÈME PARTIE

QUATRIÈME PARTIE

NOTES COMPLÉMENTAIRES

TABLE ANALYTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE PREMIER VOLUME

DEUXIÈME PARTIE

TROISIÈME PARTIE.

PHYSIOLOGIE DES HALLUCINATIONS.

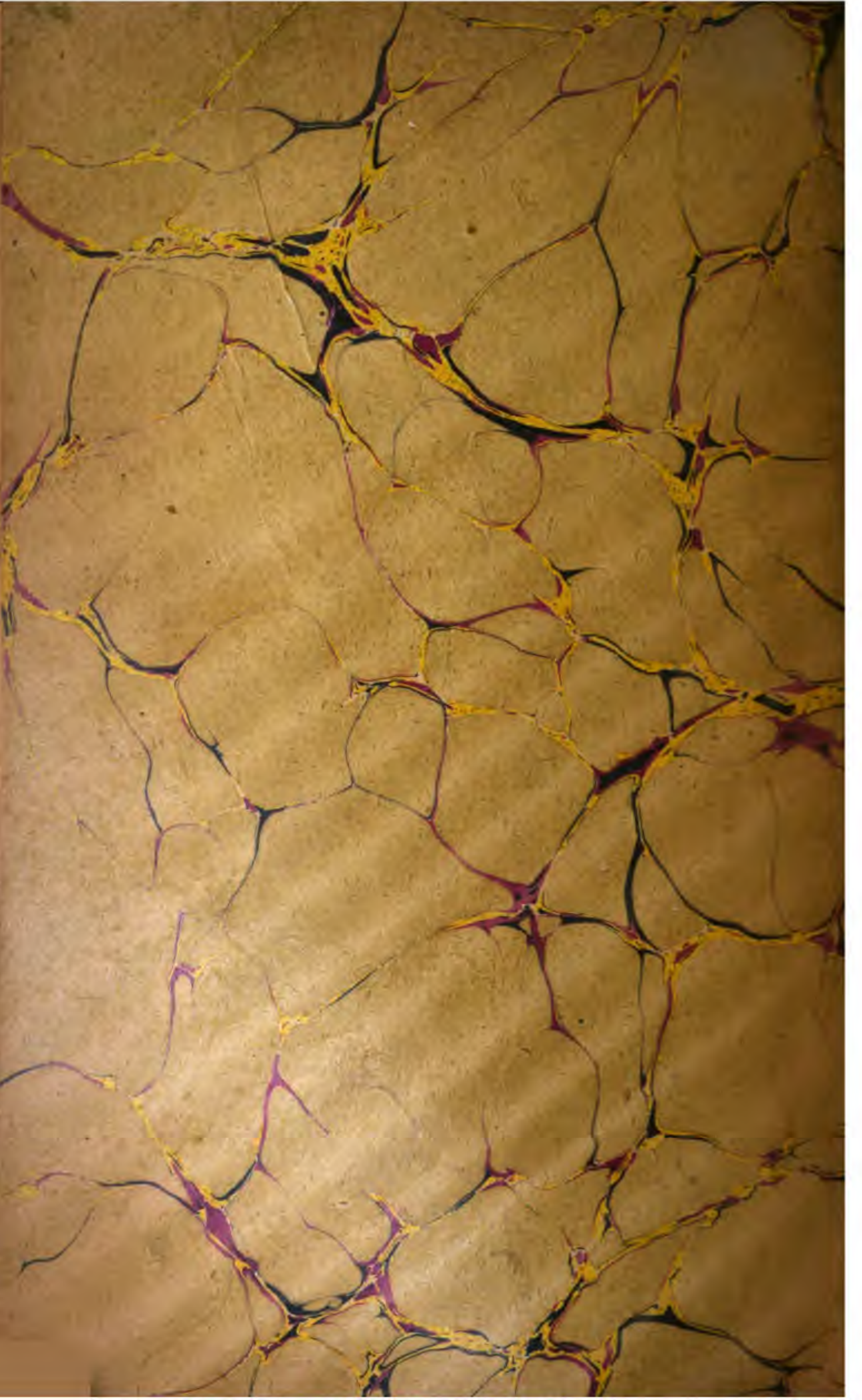
QUATRIÈME PARTIE

NOTES COMPLÉMENTAIRES.

ERRATA

AU LIEU DE :	LISEZ :
Page 229, *extrêmes*	*externe.*
Page 235, *lamboïde*	*lambdoïde.*
Page 693, *créé le mot*	*précisé la signification du.*

Paris. Imp. G. Rougier et Cie, r. Cassette, 1.




HC 26HJ U

